

Et ansikt å forholde seg til?

En kvalitativ studie av hvordan NAV oppleves av brukere med rusproblem og psykiske problemer

Evy Pilskog Stadsvik

Master of Philosophy in Psychology



UNIVERSITETET I OSLO

Psykologisk institutt

22.10.2011

FORORD

Denne masteroppgaven er inspirert av deltakelse og arbeid i Tillitspersonprosjektet, et prosjekt initiert av Helsedirektoratet, der målgruppen var brukere med samtidig psykiske problemer og et alvorlig rusmisbruk.

Jeg har først og fremst ønske om å takke alle de ni informantene som stilte opp til intervju og som gav av sin tid. Brukerne som ble intervjuet har alle hatt oppfølging av Ambulerende Tverrfaglig Team i Bærum kommune. I tillegg til de ni intervjuene, har jeg også benyttet feltarbeid og observasjon, da det har vært en naturlig del av vår jobb å følge klienter til ulike avtaler hos NAV. Jeg har fra mitt ståsted som ansatt i førstelinjen sett hvordan kommunikasjonen foregår mellom klient og en del av hjelpeapparatet.

Jeg vil ikke minst takke SIRUS bibliotek, hvor atmosfæren er særdeles vennlig og hvor det tilbys service på ypperste plan.

Jeg vil takke Joar Tranøy for konstruktive kommentarer i slutfasen.

Jeg vil også takke mine barn for tålmodighet med mor som har hatt hektiske perioder.

Jeg vil særlig takke min veileder Fanny Duckert, ved Psykologisk institutt ved UIO, for at hun har delt av sin kunnskap med meg. Det har vært utrolig lærerikt.

Evvy Pilskog Stadsvik

Asker, 22.10.11

SAMMENDRAG

I studien, “Et ansikt å forholde seg til?” Har jeg undersøkt hvordan klienter med rusmisbruk og samtidig problem med psykisk helse, ROP brukere, opplever kommunikasjonen med NAV. Få studier har vært gjennomført for å undersøke behov hos ROP brukere. Jeg har hatt perspektiv på det relasjonelle i systemet. Spørsmålet jeg ønsket å utdype var: Hvordan ROP brukere opplever sin situasjon og posisjon i kommunikasjon med NAV? Ni informanter, to kvinner og syv menn ble intervjuet med et semistrukturert, kvalitativt intervju, alle besvarte et enkelt spørreskjema. Brukerne får oppfølging som del av Tillitspersonprosjektet i Helsedirektoratet. Utvalget er trukket med hensyn til ulike alder, kjønn, grad av rusavhengighet og forskjellige diagnoser. Deltagende observasjon ble også benyttet. En av ni informanter hadde hyppig kontakt med NAV. Informantene oppga ulike grunner for hvorfor de hadde mindre kontakt, og hva som var vanskelig med kommunikasjonen. Et funn viste at organiseringen av mottaket i NAV virket skremmende på noen brukere. Kommunikasjon pr. telefon og brev var en utfordring. De så seg selv i en stigmatisert og utsatt posisjon. De lever på fattigdomsgrensen og har behov for at NAV tar seg tid, og behandler dem verdig. De ønsket økt kommunikasjon mellom de ulike enhetene i NAV. De savnet omtanke, oppfølging, og et ansikt å forholde seg til. Funnene indikerer at en allerede bør tilrettelegge for at svake brukere ivaretas bedre. Det er behov for økt forskning. Videre forskning bør fokusere på brukerperspektivet, slik at behovene ROP brukere har, kan belyses nærmere, også sett fra deres ståsted.

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNLEDNING	8
Bakgrunn og kontekst	8
Målsetting og begrunnelse for valg av tema	9
<i>Tillitspersonforsøket</i>	9
<i>Valg av målgruppe i Bærum</i>	11
<i>Valg av modell</i>	11
<i>Økt tilgjengelighet og kontinuitet</i>	12
<i>Forvaltningsskiller</i>	12
LITTERATURGJENNOMGANG	14
NAV Organisering	14
<i>NAV-kontor en dør inn til velferd</i>	14
<i>NAV sett innenfra</i>	16
<i>NAV reformperioden 2006-2009</i>	16
Hva har vært påpekt som problematisk ved NAV?	17
<i>Forbedring av tilbud til de med ekstra behov</i>	18
Hva kjennetegner brukere med rusrelaterte lidelser?	19
<i>Barn av rusmisbrukere</i>	20
<i>Tilknytningsteori</i>	21
<i>Stemplingsteori</i>	22
<i>Maktrelasjoner og relasjonell makt</i>	24
<i>GAP teori</i>	24
<i>Kognisjon og kognitiv svikt</i>	25
<i>Løsningsfokusert tilnærming</i>	26
<i>Meningsfullhet og sammenheng</i>	26
<i>Dialektikk – den samstemte kommunikasjon</i>	27
Oppsummerte utfordringer for ROP brukere	27
<i>Bolig</i>	27
<i>Dårlig helse - somatisk, psykisk samt tannhelse</i>	28

<i>Økonomi</i>	29
<i>Kriminalitet</i>	29
<i>Utfordringen</i>	29
METODE	31
Triangulering.....	31
Kvalitative intervju	32
Intervjuguiden	33
<i>Kvalitetskrav og etiske betraktninger</i>	33
Utvalg av informanter	34
<i>Datainnsamling</i>	35
Deltagende Observasjon	35
<i>Feilkilder</i>	36
Analyse av datamaterialet	37
RESULTATER	38
Livssituasjon, helse og rus	39
<i>Russituasjon</i>	40
<i>Psykisk helse</i>	40
<i>Traumer</i>	41
<i>Bolig og sosialt nettverk</i>	41
<i>Familie</i>	42
Kommunikasjon med NAV informasjon fra spørreskjema.....	43
<i>Tilgjengelighet til egen saksbehandler</i>	44
<i>Hva brukerne savnet i tilbudet fra NAV</i>	45
<i>Oppfølging fra ATT</i>	45
Kontakten med NAV informasjon fra Intervjuene.....	45
Brukerne sin posisjon og situasjon.....	47
God hjelp sett fra brukerens ståsted	49
DISKUSJON	52
Kontakt og kommunikasjon med NAV.....	52

<i>Ulikt nivå av kommunikasjonsferdigheter</i>	<i>52</i>
<i>Fattigdom og personavhengig hjelp</i>	<i>54</i>
<i>God og tilpasset hjelp</i>	<i>56</i>
Brukerne sin posisjon og situasjon.....	57
Trusler og vold	60
<i>Den svake parts makt.....</i>	<i>60</i>
Kontinuitet og et ansikt å forholde seg til	61
Fragmentert system.....	63
KONKLUSJONER OG TILRÅDNINGER	65
En dør inn eller et ansikt å forholde seg til?.....	65
<i>Metodiske fordeler og begrensinger.....</i>	<i>66</i>
Avsluttende kommentar	66
REFERANSER	67
Appendiks A: Gap-modell NOU Fra bruker til borger.....	71
Appendiks B: Samtykkeerklæring.....	72
Appendiks C: Spørreskjema	73
Appendiks D: Intervjuguide	74

Kåre 35 år

Kåre vokste opp med en mor som hadde store alkoholproblemer, og som levde et ustabilt liv. Hun hadde mange ulike menn hjemme hos seg, og flere slo Kåre og søsteren hans. En av mennene misbrakte Kåre seksuelt. Kåre begynte med rus allerede da han var 13 år, siden han var urolig, fikk han tidlig utskrevet medisiner som han ble avhengig av. Kåre ble senere utredet og fikk diagnose AD/HD, og diagnose emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og alvorlig depresjon. Han brukte mest amfetamin i starten. Dette gjorde at han følte seg lykkelig og han opplevde å ha full kontroll. Han var 20 år da han injiserte heroin for første gang. Han mistet boligen sin og tigget på gata for å skaffe nok penger til stoff.

Før opprettelsen av NAV hadde han hatt en hyggelig kontakt ved det lokale sosialkontoret, som han kunne ringe og som kjente saken hans, og ringte han tilbake. Da NAV kom på plass ble det mer problematisk å holde oversikt, og det var vanskeligere for Kåre, å få tilgang til tjenestene. Han hadde alt for mange problemer til å kunne sette seg inn i denne nye omorganiseringen. Det han opplevde var at han ikke lenger hadde en sosialkurator, og dermed ikke lenger et ansikt å forholde seg til.

Kåres problemer med angst og paranoide tanker, gjorde at det ble det svært vanskelig å stå i mottaket og fortelle, til stadig nye personer hvilke behov han hadde, mens det sto mennesker rett bak han i køen som hørte det som ble sagt. Dersom han ville ta opp noe på et møterom, måtte han vente i en ny kø til det var ledig. Når han fikk forklart saken sin der, var dette også til ulike personer hver gang og de kunne sende email opp til hans saksbehandler som satt i en helt annen etasje.

Kåre hadde på grunn av sin sammensatte psykiske lidelse og sitt alvorlige rusproblem hatt stønaden Tidsbegrenset ung ufør. Dette ble bestemt å skulle overføres til Arbeidsavklaringspenger eller AAP som det ble kalt. Han gledet seg til å motta AAP for da skulle alt bli så mye bedre. Imidlertid kom en bestemmelse om at alle på AAP skulle sende meldekort hver 14. dag. Kåre rotet til dette, det var vanskelig å huske dette når han ikke hadde jobb og heller ikke PC. Dersom det gikk mer enn ti dager over dato for meldekort, var pengene tapt. Når lønnen uteble, måtte han søke nødhjelp. Det var vanskelig å nå frem pr. mobil. Han ble satt over til ulike personer som han bare hørte stemmen til og ikke hadde møtt. Han som ikke hadde penger hadde heller ikke råd til å sitte lenge og vente på at han fikk komme igjennom på mobil.

Da måtte han reise til NAV. Etter omorganiseringen hadde de lagt ned noen av de lokale kontorene, så han måtte dra mye lenger med buss. Turen kostet 60 kr. hver vei. Han hadde ingen annen mulighet enn å sykle dit, eller evt. bomme gratis tur av sjåføren. Han husker en av gangene var ekstra ille, det var vinter og veldig kaldt. Han syklet hele veien uten hansker og var forfrosset da han kom frem.

I hans kompliserte livssituasjon var det forventet av han at han holdt orden i alle de ordrike vedtakene han mottok fra NAV. En periode var han uten bolig og hadde ikke noen postadresse. NAV fortsatte å sende hans vedtak til hans gamle adresse. Som så mange andre i hans situasjon, leste ikke Kåre alle vedtakene han mottok. Han opplevde han kom til kort i møte med NAV, noe som var enda et nederlag for han, og enda en kamp i en tung hverdag.

INNLEDNING

Noen mennesker lever et kaotisk og vondt liv, der de er satt på vent ute på sidelinjen, ute av stand til å delta i det vanlige samfunnet. De lever med en kombinasjon av alvorlig rusavhengighet med ulike psykiske symptomer og varierende grad av nedsatt kognitiv funksjon. De er i flere år blitt betegnet som dobbeldiagnoseklinter, et uklart begrep som noen har hevdet ikke forklarer så godt hva det kjennetegner (Kavanagh og Mueser, 2007). En gruppe fagfolk har i over to år jobbet med å utrede hvordan vi kan forbedre tilbudet til brukere med samtidig rus og psykisk problem. Høring - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus - og psykisk lidelse – ROP lidelser. Heretter benevnt som ROP høringsrapporten (2011). I denne rapporten benyttes betegnelsen rus og psykiatri, eller ROP klienter/pasienter. Dette er et tydeligere begrep som gir rom for ulike nivå av rusmiddelmisbruk og forskjellige psykiske lidelser (ROP høring, 2011). Jeg vil i denne oppgaven hovedsakelig bruke benevnelsen ROP bruker, eller bare bruker og av praktiske grunner også begrepene klient og pasient.

Bakgrunn og kontekst

Jeg har jobbet innenfor rusfeltet, med ROP klienter i syv år, og har i denne perioden snakket med mer enn 200 brukere. Jeg har jobbet fulltid og vært deltidsstudent ved psykologisk institutt. Jeg har i hele perioden hatt mange dyktige kollegaer, deriblant psykologer, sosionomer, sykepleiere og også ufaglærte. Jeg har i dette tverrfaglige miljøet, lært mye om hvordan terrenget ser ut med brukerens briller. Jeg har i begge prosjektene vært ansatt i rusenheten i kommunen, og opplevelsen er at prosjektjobbing har krevd kreativitet og en løsningsfokusert tilnærming. Jeg har sett mye håpløshet og også opplevd noen solskinnshistorier.

Felles for de som har et alvorlig rusproblem gjennom mange år er at utfordringene de har møtt er komplekse. Ansatte som har vært i daglig kontakt med denne brukergruppen har tydelig sett hvilken funksjonssvikt flere lider av, og jeg har tydelig merket gapet mellom hva brukere klarer og hva som blir krevd av funksjonsevne. Jeg har i min jobb opplevd at kravene til å tenke økonomi har økt i samfunnet generelt, noe som ikke har vært en god match når en

ønsker å få til trygge, langsiktige ordninger som fungerer for ROP brukere. I denne studien har jeg valgt å se nærmere på hvordan ROP brukere opplever kommunikasjonen med Norges arbeids og velferdsordning, heretter kalt NAV.

Målsetting og begrunnelse for valg av tema

Jeg har ønsket å finne ut hva som er årsaken til at mange av ROP brukerne har vansker med å orientere seg i systemet de er underlagt, og jeg har valgt særlig å fokusere på hvordan de har opplevd kommunikasjonen med NAV. Jeg har hatt en todelt tilnærming til dette. Den ene delen gjelder systemorganisering og den andre delen gjelder møtet mellom mennesker. Sistnevnte har vært mitt hovedfokus. Jeg har ønsket å få mer innsikt i hvordan ROP brukere opplever kommunikasjonen og hva brukere mener er en god måte å bli møtt på. Jeg har valgt en åpen og bred tilnærming, hvor jeg har vektlagt den tette oppsøkende hjelperelasjonen i sammenheng med helheten i systemet rundt klienten.

Når systemet er delt opp i mange ulike enheter, som seg i mellom ikke kommuniserer godt nok, blir det komplisert å nå frem for å få den hjelpen man trenger. Når problemene man har er sammensatte, og inkluderer kognitiv funksjonssvikt, i kombinasjon med pågående rus blir utfordringene desto større. Jeg har hatt som mål å belyse gode erfaringer og negative erfaringer som hver enkelt bruker har med NAV systemet, og diskutere hva som har vært utslagsgivende for hvordan disse opplevelsene har blitt tolket.

Tillitspersonforsøket

Jeg har de tre siste årene ledet et prosjekt i Bærum kommune under Helsedirektoratets satsning ”Tillitspersoner i kommunene”. 26 kommuner har deltatt i dette prosjektet, som har varighet fra 2008-2012 (Helsedirektoratet, 2011).

Det kan se ut som Tillitspersonforsøket klarer å fange opp folk med omfattende og sammensatte problemer, ei gruppe som ellers i liten grad oppsøker eller oppsøkes av tjenesteapparatet.

- Varer fra 2008 og ut 2011
- Inngår i Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)
- Har som mål å:
 - utvikle og ta i bruk metoder som er faglig forankra og brukernære, fremme økt sosial inkludering og livsmestring for den enkelte
 - styrke brukernes medvirkning og innflytelse på individ- og systemnivå

- bidra til at brukerne får et tjenestetilbud som er tilgjengelig, helhetlig, sammenhengende og individuelt tilpasset
- øke bruken av individuell plan (IP), både andel brukere som får IP og som et aktivt samhandlingsverktøy mellom bruker og tjenesteyter(e)
- styrke samhandling og samordning mellom tjenesteytere
- Inkluderer 26 kommuner: Bergen, Bremanger, Bærum, Båtsfjord, Farsund, Drammen, Haugesund, Kristiansand, Kristiansund, Lindås, Tinn, Oslo bydel Stovner, Oslo kommune – Rusmiddeletaten, Rana, Ringsaker, Sandefjord, Steinkjer, Stord, Stryn, Tromsø, Trondheim, Tønsberg, Ullensaker, Vadsø, Vennesla, Øksnes, og et interkommunalt samarbeid mellom Hedmarkskommunene Os, Tolga og Tynset.
- Har nå 44 årsverk. De fleste tillitspersoner har høyskole- eller universitetsutdanning og har jobba i rusfeltet tidligere – noen har tidligere brukererfaring
- Hadde på siste rapporteringstidspunkt 401 brukere
- Blir følgeevaluert av Rambøll Management som kom med delrapport 1 i begynnelsen av desember 2009 og delrapport 2 i september 2010. Siste delrapport kommer i juni 2011 og vil bli oppdatert i desember 2011
- Har fått 23 millioner for hvert av prosjektåra 2008 til og med 2011– til sammen 92 millioner

Midlene går til:

- tilskudd til deltakende kommuner
- evaluering av forsøket
- kompetanseutviklingstiltak og samlinger/konferanser for deltakende kommuner og samarbeidspartnere

Leknes er seniorrådgiver ved Avdeling psykisk helse og rus i Helsedirektoratet og prosjektansvarlig for forsøket (www.dobbeltdiagnose.no, 2011)

I de kommunene som har deltatt i tillitspersonforsøket har det blitt benyttet ulike metoder, og personene som har deltatt som tillitspersoner har vært ansatt i ulike deler av kommunen. Dette fordi noen kommuner har organisert rusarbeidet innenfor NAV, mens andre kommuner slik som Bærum har organisert rusenheten utenfor NAV. Tillitspersoner som har vært ansatt både i NAV og utenfor NAV, har via dette prosjektet opplevd å kunne sette av mer tid til klientene og jobbe tett, langsiktig og oppsøkende.

Det har vært grundig dokumentert at oppsøkende virksomhet har vært det som skal til for å oppnå kontakt med ROP klienter, og på sikt få endret livssituasjonen i positiv retning (Evjen, Boe Kielland og Øiern, 2004). I og med at denne gruppen har ”falt mellom to stoler”, har de heller ikke hatt så gode levevilkår. Dermed har de ikke lett kunnet nå frem med sin stemme. I vår oppsøkende jobb har vi blitt kjent med mange brukere i denne gruppen. Selv om denne gruppen er ressurs svak, er det nettopp deres ressurser vi har lagt merke til, ressurser som har

ligget brakk og som ikke har fått blomstre. Metoder som ble benyttet var blant annet MI, motiverende samtale (Holm Ivarsson, 2011), (Barth og Näsholm, 2007). Og kunnskap fra Marshall B. Rosenberg sin bok, Ikkevoldskommunikasjon (Rosenberg, 2006), Endringsfokusert rådgivning (Barth og Børtveit, 2001) og kognitiv terapi, (Berge og Repål, 2008).

Vi har i prosjektet funnet at det er ønskelig å videreformidle informasjon oppover i systemet vi jobber i. Min masteroppgave vil kunne være et tilskudd til den totale kunnskapen Tillitspersonprosjektet sitter med ved prosjektslutt. Pasienter med rusmiddelmisbruk og psykisk lidelse i voksenpsykiatrien, har fått økt fokus etter rusreformen trådte i kraft 1.januar 2004. I Helsedirektoratet sin statusrapport fra Opptrappingsplanen for rusfeltet, (2008), het det at man skulle innføre prøveordning med ”koordinerende” tillitspersoner i kommunene for rusmiddelavhengige. I denne rapporten ble forebyggende tiltak i stor grad vektlagt (IS 1660, 2008).

Valg av målgruppe i Bærum

Målgruppen til prosjektet i Bærum har vært rusmisbrukere med alvorlig samtidig psykisk helseproblem, som eksempelvis har vært *en eller flere* av følgende lidelser: ulike personlighetsforstyrrelser, post traumatisk stress syndrom, (PTSD) schizofreni, episoder med psykose, (Cullberg, 2001). Noen ganger i kombinasjon med attention deficit og hyperactivity deficit, AD/HD, bipolar affektiv lidelse, samt ulike former for angst og depresjon. Imidlertid har ikke alle klienter i gruppen med ROP- lidelser en diagnose, og det har heller ikke vært nødvendig for innsøking til prosjektet (Lossius, 2011).

Valg av modell

I Bærum ble det dannet et ambulant tverrfaglig team, heretter kalt ATT. Kunnskap fra ACT modellen, Assertive Community Treatment ble benyttet (Aakerholt, 2010). En modell for oppsøkende behandling, hvor et team med 5-10 ansatte med tverrfaglig bakgrunn jobber opp mot en gruppe klienter. Tanken har vært å forholde seg til klienten over tid, under tett oppfølging, og med fokus på brukerstyring.

ACT modellen er mer enn 25 år gammel og kommer opprinnelig fra USA. Det er mulig å benytte denne tverrfaglige modellen også på kommunalt nivå, og slik være nyskapende. En viktig forskjell fra den opprinnelige modellen har vært at vi ikke har hatt en lege i teamet, og

vi har derfor samarbeidet tett med fastlegene til våre brukere. En annen side ved dette er at vi har vært i behov av tett og tydelig kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten, for best mulig håndtering av hver enkelt sak. Vi har også hentet inspirasjon fra andre prosjekter som ROP-prosjektet på Tøyen, (Øverås og Fyhn, 2006), og Ut av kontoret prosjektet i Bergen (Hjellum, Larsen og Hagebø, 2005).

Økt tilgjengelighet og kontinuitet

Klientene i denne målgruppen har i stor grad falt utenfor de ordinære hjelpeinstanser. I rapporten, På helsa løs, (Høie og Sletnes, 2006), ble det slått fast at tilbudet var mangelfullt til gruppen med ROP brukere og det ble nevnt at kontinuitet var en av de enkeltfaktorene som har hatt størst betydning når man vil oppnå gode resultater. Et av hovedmålene for Tillitspersonprosjektet har således vært å øke tilgjengelighet og kontinuitet. Jeg har møtt og tatt del i hverdagen til noen av disse klientene, som deres hjelper. Jeg har erkjent at dette er en gruppe som det er vanskelig å hjelpe og har til tider følt meg tynget av dette. Jeg har også hatt svært mange gode erfaringer i samspill med klienter, og fått oppleve at ATT som team har bidratt med noe den enkelte har hatt bruk for. ATT sitt arbeid ble evaluert våren 2011, (Landsverk og Gåsvatn, 2011).

Aakerholt (2009), ga et innblikk i utfordringene som er knyttet til oppfølging av ROP brukere i Norge, i boken *Dobbeldiagnose – håp – avklaring – handling En antologi*. Han var av den oppfatning at noe av det viktigste som har skjedd i oppfølgingen av ROP klienter har vært at de har blitt møtt med mer åpenhet og forståelse innenfor det kommunale hjelpeapparatet. Han mente at, med unntak av mer omfattende utredning og noen typer behandling, ville hele tjenestetilbudet til ROP brukere kunne forankres og utføres i kommunen (Pallesen, Løkke, Schriwer & Merinder, 2009).

Forvaltningsskiller

Det ATT har erfart når vi har jobbet med brukerne, er at de tjenestene de har behov for, er fragmentert i et system der hver enkelt instans utfører sin del av det store puslespillet. I vårt land er hjelpeapparatet godt utviklet sammenlignet med mange andre land, men tjenestene er fragmentert og organisert på en kompleks måte, som gjør dem mindre tilgjengelig for de svakeste og minst ressurssterke klientene. Eksempel på dette er den nye organiseringen av NAV (Delrapport 1, NAV, 2010).

ATT har også opplevd at de ulike delene av hjelpeapparatet i liten grad har vært orientert om hverandres arbeid. Vi har sammen med brukere opplevd at NAV har vært et stort og komplisert system å forholde seg til for den enkelte. Vi som ansatte har også til tider måttet konsentrere oss, spesielt når det har skjedd en feil som det skal nøstes opp i. Våre observasjoner har vist at disse klientene har hatt behov for støtte til å myndiggjøres. Vi har funnet at det for en del klienter har vært rimelig å stille spørsmål om det er et for stort gap mellom den enkelte brukers funksjonsnivå og hva som til enhver tid kreves av han/henne?

Oppsummert kan det beskrives som at vi som prosjektdeltagere har vært smøring i systemet. Vi har vært brobyggere i kommunikasjonen med NAV ansatte og andre samarbeidspartnere. Etter å ha arbeidet med dette en tid har jeg ønsket å bidra til å vise at disse klientene har en historie å fortelle, da de selv har mange tanker om hva som fungerer for dem og hva som ikke er så bra.

I mitt søk etter kunnskap, har jeg funnet at det er gjort få kvalitative studier, hvor ROP brukere selv har uttalt seg om støtteapparatet, som de er avhengig av å få hjelp fra. John Lawrence-Jones, (2010), hevdet at perspektivet til denne brukergruppen i stor grad er oversett i eksisterende litteratur. Det er nødvendig at dette belyses nærmere, og mitt bidrag vil kunne være viktig i så måte. I denne studien har jeg hatt perspektiv på det relasjonelle og mellommenneskelige i systemet. Jeg har benyttet et fenomenologisk utsiktspunkt, hvor formålet har vært å fortolke og forstå meningen til ulike opplevelser og hendelser, (Grønmo, 2004). Hovedmålet med denne studien har vært å belyse og finne svar på:

Hvordan ROP brukere opplever sin situasjon og posisjon i kommunikasjon med NAV?

LITTERATURGJENNOMGANG

Litteraturgjennomgangen har jeg valgt å dele under to hovedtema. Det ene er å gi innblikk i NAV sin organisering generelt og også gi noe informasjon om kritikken som er rettet mot NAV. Noen statlige rapporter og Lislerud sin bok, *NAV et som knakk*, (2010), danner bakgrunnen for dette.

Det andre tema er klientgruppen, ROP brukere og kunnskap som fins om hva som kjennetegner de som gruppe, hvilke utfordringer de har, og informasjon om hvordan de blir behandlet, er inkludert. Jeg har funnet frem til nyere forskning i form av studier og bøker. I denne delen har jeg også valgt å inkludere noe kortfattet teori om stigma, og noe teori om tilknytning, da dette er relevant og har konsekvenser for hvordan bruker møter NAV, som igjen er relevant i forhold til hvordan bruker ser seg selv og sin posisjon.

NAV Organisering

Før NAV-reformen var forvaltningen av ytelser og tjenester innen arbeidsmarkedspolitikk, trygd og sosiale tjenester organisert i tre etater. Regelverket innen de tre organene var ulike og de hadde forskjellig ansvar og oppgaver. Trygdeetaten forvaltet stønader for personer både i og utenfor arbeidsstyrken. Videre hadde etaten også ansvar for rehabilitering og integrering av personer som sto i fare for å miste sin jobb, samt at de hadde oppgaver knyttet til avtalen om et inkluderende arbeidsliv. Sosialtjenesten var, som nå, et kommunalt ansvar og hadde som hovedmål å fremme økonomisk og sosial trygghet, herunder blant annet ansvar for økonomisk sosialhjelp. Aetat hadde ansvaret for arbeidsformidling, tiltak og ytelser til ordinære arbeidssøkere og yrkeshemmede. Totalt sett omfattet de to tidligere statsetatene og den del av sosialtjenesten som omfattet økonomisk sosialhjelp over 16 000 ansatte. (Delrapport 1, NAV, 2010).

NAV-kontor en dør inn til velferd

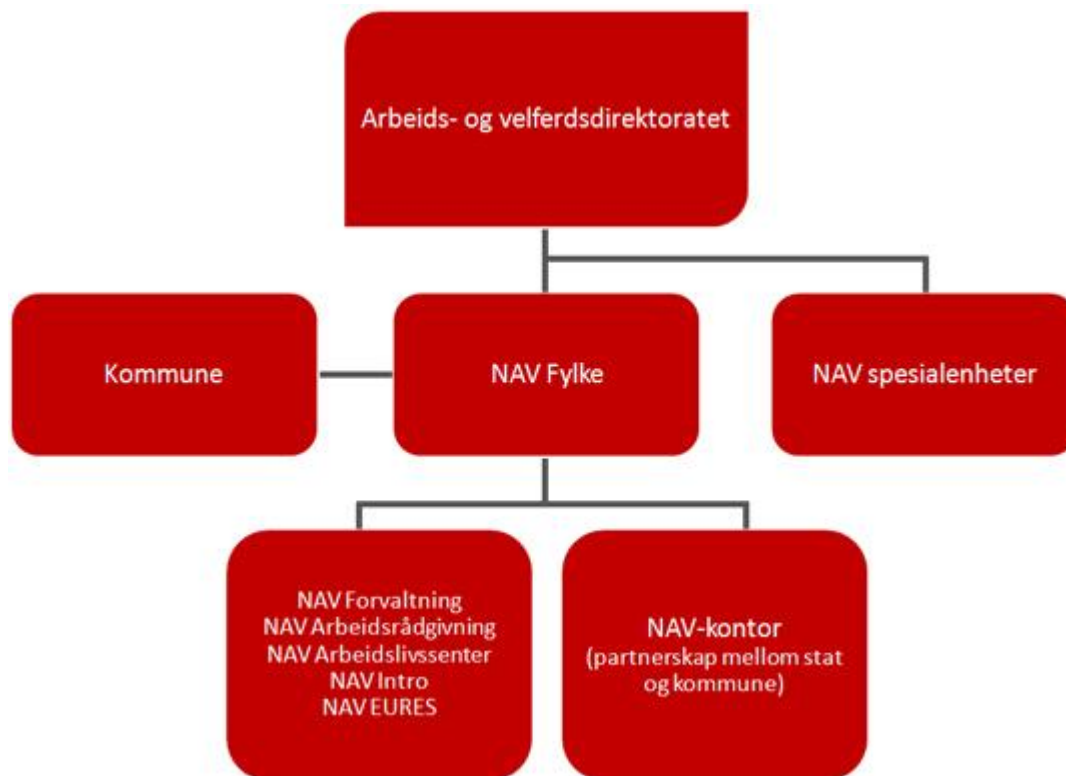
Formålet med NAV-kontorene var å gi brukerne én dør inn til arbeids- og velferdsforvaltningen for slik å ivareta brukernes samlede behov for støtte. Tanken var at flere brukere skulle fanges opp tidlig og sluses inn i aktive, arbeidsrettede prosesser. Det skulle etableres NAV-kontor som dekket alle landets kommuner. Totalt ble det etablert 457 NAV-kontor, hvorav flere kontor i de fire største byene.

De første 25 pilotkontorene ble åpnet i oktober 2006, det siste blir etablert i 2011. Fra 2007 til 2010 ble det åpnet henholdsvis, 121, 147, 154 og 9 kontorer. NAV-kontorene varierte mye i størrelse og det var mange små kontor. I om lag en tredel av NAV-kontorene var det tre eller færre statlig ansatte, mens i underkant av en firedel av NAV-kontorene hadde mer enn 20 statlig ansatte. Det var ingen systematisk variasjon, om man så bemanningen sammenlignet med antall innbyggere i kommunene. Det var de største kontorene, med mer enn 80 årsverk, og de minste kontorene, med tre eller færre årsverk som hadde færrest statlige årsverk per innbygger (delrapport 1, NAV, 2010).

NAV hadde først to styringslinjer, delt i fylkeslinjen og spesialenhetslinjen. Dette ble endret til ytterligere en enhet som ble kalt NAV drift og utvikling (NDU). Denne enheten ble opprettet for å ta seg av mer operative direktoratsoppgaver. NDU skulle levere støttetjenester til hele organisasjonen og administrerte datasystemet i arbeids- og velferdsetaten.

Spesialenheten var delt inn i sju underområder; servicetjenester, internasjonal, pensjon, landsdekkende enheter for forvaltning, kontroll og innkreving, hjelpemiddelsentralen og klage og anke. Figuren nedenfor gir et overordnet bilde av organisasjonsmodellen. NAV fylke var inndelt i nitten fylkeskontorer, se figur 1.

Figur 1, Organisasjonskart for Arbeids- og velferdsforvaltningen



Kilde: Arbeids og velferdsetaten (www.regjering.no)

NAV sett innenfra

Kristian Lislørud, skrev bok om Nav. "NAV et som knakk." Lislørud var selv seniorrådgiver for et av yrkesforbundene i NAV og så fra dette ståsted NAV utvikle seg fra innsiden. Han jobbet mange år i trygdeetaten og var i systemet i nesten tjue år. Han oppsummerte noen av brukernes forventninger. Brukeren var opptatt av kvaliteten og var opptatt av å bli hørt, forstått og tatt på alvor. Dette betød i praksis at de ansatte burde kunne ha ansvar for virkemidler som gjorde han/henne i stand til å ta avgjørelser og hjelpe brukeren med det som trengtes (Lislørud, 2010).

NAV reformperioden 2006-2009

Budsjettet var enormt. Det ble benyttet 3.8 milliarder til eksterne konsulentfirmaer i reformperioden. Det nye NAV var delt i spesial og produksjonsenheter. Slik Lislørud beskrev

det var det ikke formelle linjer mellom produksjons og spesialenhetene. Dette betød at samarbeidet skjedde mellom den sentrale ledelsen.

Lederen for NAV, Saglie mente at opprettelsen av denne organisasjonsmodellen ville styrke førstelinjens møte med brukeren. Han fikk kraftig kritikk for dette og fikk høre at en ikke fikk økt brukerfokus ved å trekke tjenestene bort fra brukeren. Lislrud mente at ikke alle valgene var velfungerende og kloke, brukerne tenkte man ikke så mye på. Arbeidet ble lagt inn i overbygningen i stedet for det som skulle være innholdet i NAV-huset. Dette ble beskrevet som et topptungt veivalg (Lislrud, 2010).

Hva har vært påpekt som problematisk ved NAV?

Lislrud skrev videre i sin bok om helhetsbildet fra brukerne som stod frem. Han ga eksempler som illustrerte noen av problemene brukerne fikk som følge av NAV-reformen. De opplevde at det tok lang tid å få svar både på skriftlige henvendelser og svar når man ringte NAV. Noen saker hadde urimelig lang behandlingstid, noen opplevde at viktige papirer forsvant i systemet.

Det var også et problem at de som jobbet på ulike kontorer lokalt ikke hadde hatt tilstrekkelig oversikt over de saksområdene de skulle behandle. Det var også brukere som fortalte at ansatte manglet kompetanse og evne til empati og innlevelse når de la frem sine saker. Oppsummert fortalte han at tilliten fra brukerne var fallende og at den sank hvert år og i alle fylker. Tilfredsnivået var på et bunnivå i 2009, og viste dramatisk fall sammenlignet med hvordan det var før omorganiseringen (Lislrud 2010).

Lislrud skrev under overskriften «Brukerne må involveres på en troverdig måte», at erfaringen viste at brukerne i for liten grad hadde vært involvert. Han var av den oppfatning at det var brukerne som var ekspertene i denne sammenheng, og at det ville vært best om de ble inkludert i prosessen på en troverdig måte. Han viste til at kvalitet i møtet mellom bruker og etat, ikke ble drøftet i noe særlig grad under forberedelsesarbeidet til NAV. Han foreslo at en fra starten av burde tatt kontakt med brukerorganisasjonene og således fanget opp de viktigste behovene for deres brukere (Lislrud, 2010).

Det var mye fokus på selvbetjeningsløsninger (SBL), og det ble vektlagt i NAV at folk skulle gjøre ting selv. Man måtte registrere seg på NAV, og selvbetjeningsløsning var å bruke nettet så mye som mulig. Selv om NAV var opptatt av selvbetjeningsløsninger, så ønsker NAV å ha fokus på brukermedvirkning.

Forbedring av tilbud til de med ekstra behov

I rapporten fra 2008 som ble utarbeidet av SINTEF, Kunnskapsstatus: Arbeid, psykisk helse og rus, ble det sagt at i Norge hadde NAV en viktig rolle både i forhold til inkludering av arbeidstakere med psykiske lidelser og til å kvalifisere mennesker med psykiske lidelser til et liv i arbeid. De rapportene som frem til da hadde foreligget hadde gitt inntrykk av at etaten hadde en betydelig utfordring dersom de skal få til dette i praksis. NAV fikk beskjed fra Ombudsmannen om at de må forbedre og utvikle sin kompetanse og kultur med sikte på reell brukermedvirkning (Osborg Ose, Jensberg, Kaspersen, Kalseth og Lilleeng 2008, s 32).

I denne rapporten ble det også formidlet at både den nye organiseringen av NAV og Opptappingsplanen i rusfeltet hadde som mål å gi et bedre offentlig tilbud til personer som hadde behov for ekstra oppfølging og koordinerte tjenester. Fremtidige evalueringer og forskningsprosjekter vil vise hvordan omorganiseringen har virket for personer som har behov for ekstra hjelp, herunder rusmisbrukere, LAR klienter osv.

I en amerikansk studie fra 2007 ble kunnskap om og implikasjoner av det å benytte arbeid som terapeutisk virkemiddel for LAR klienter oppsummert. Totalt 122 LAR klienter deltok i studien forsøkte å delta i arbeidslivet som et ledd i å holde seg rusfri. Deltagere i studien var delt i to, med en kontrollgruppe. Det ble utført urinprøver underveis. Første del bestod av at gruppen som fikk arbeide, mottok intensiv opplæring i arbeidet de skulle utføre, mens del to besto i å arbeide, lønn ble utbetalt på kuponger slik at det ikke kunne benyttes til stoff. De som arbeidet i tillegg til LAR behandling leverte signifikant flere negative urinprøver (59%) flere enn de som ikke arbeidet ved siden av (33%). Denne behandlingen ble vurdert til å koste mindre enn annen behandling som var utprøvd. Resultatet kan tyde på at arbeid og metadonbehandling kan være en kostnadseffektiv måte og i større grad holde LAR klienter rusfrie (Osborg Ose et al., 2008).

Hva kjennetegner brukere med rusrelaterte lidelser?

Pasienter med rusmisbruk og alvorlige psykiske lidelser er en heterogen gruppe. Klientene i denne gruppen er ulike med hensyn til en rekke faktorer som for eksempel bakgrunn, diagnoser, nettverk osv. (Statens helsetilsyn, IK2727, 2000).

En målsetting med rapporten fra Statens helsetilsyn fra 2000 var å kartlegge omfanget av personer med omfattende rusproblemer og samtidig psykiske lidelser. Resultater fra ulike forskningsrapporter ble oppsummert og man fant en prevalens på mellom 10-15 per 10000 innbyggere (Lassenius & Nilsson i Statens helsetilsyn, 2000).

I denne rapporten fra 2000 ble gruppen delt i tre undergrupper:

- De sårbare som ble kjennetegnet av psykose
- De utagerende hvor den viktigste gruppen var personlighetsforstyrrelser
- De med kognitiv svikt, som har pådratt seg en form for skade eks. pga løsemidler evt. andre årsaker

Det er sannsynlig at det er noe overlapping mellom disse undergruppene.

Shane Darke (2000), viste til at det var flere faktorer enn bare rusmisbruk som var skadelig. I artikkelen, Cognitive impairment among methadone maintenance patients, nevnte han noen hovedgrunner til kognitive skader; ikke fatale overdoser, alkoholmisbruk og vold med påfølgende hodeskade. Han viste til at de med slike skader viste nedsatt oppmerksomhet og informasjonsprosessering. De hadde redusert evne til å tilpasse seg endringer og funnene støttet også at dette kunne føre til problemer i evne til selvregulering (Darke, Sims, McDonald & Wickes, 2000).

Darke og Ross, (1997), undersøkte i en annen studie multiple rusmisbruk og komorbide psykiske lidelser hos heroin injiserende. Utvalget bestod av 222 heroin injiserende. Darke fant at bruk av multiple stoffer var vanlig blant injiserende heroinister. Flere benyttet hasj, alkohol, benzodiasephinere og amfetamin sammen med, og i tillegg til heroin (Klee i Darke, 1997). Mine egne observasjoner gjennom arbeidet jeg har utført, understøtter dette. Bruk av multiple stoffer var knyttet til både fatale og ikke fatale overdoser (Darke og Ross, 1997).

I SINTEF rapport fra 2007 viste tall at den 20. november i 2003 var 4200 døgnpasienter innlagt i psykisk helsevern for voksne. I denne rapporten ble Rus og psykiatripasienter, ROP,

delt i gruppene ROPI og ROPII pasienter, og i gruppen PSYK pasienter. ROP I pasienter ble definert som pasienter som hadde en rusdiagnose, med stoffrelaterte lidelser. ROP II pasienter ble definert som pasienter som ikke hadde en rusdiagnose. PSYK pasienter var de som ikke ruset seg. Oppsummert fant denne studien at de som allerede hadde en rusdiagnose i gjennomsnitt hadde en mer alvorlig rusavhengighet. Når rusdiagnose og rusmiddelmisbruk ble kombinert for å identifisere pasienter med rus og psykiske lidelser ble 26 prosent av alle døgnpasienter definert som ROP-pasienter (Lilleeng, 2007).

Andel med uførepensjon økte med redusert grad av rusmiddelproblematikk, mens det motsatte forhold var tilfelle når det gjaldt andel med annen trygd som inntektskilde. Sosialstønad som hovedinntektskilde var vanligst blant ROP I pasientene. Utdanningsnivået minsket med økende rusmiddelproblematikk (Lilleeng, 2007).

Barn av rusmisbrukere

Fagartikkelen, Barn av rusmisbrukere – drøfting av sentrale risikofaktorer, av (Mohaupt & Duckert, 2010) gir informasjon om at denne gruppen barn statistisk sett er mer utsatt for utvikling av psykiske vansker. Barn som ble eksponert for mors rusmisbruk på fosterstadiet kunne få varige skader både motorisk, mentalt, språklig og sosialt. Alkohol så ut til å skade glialceller, som igjen førte til skader ulike steder i sentralnervesystemet. Disse skadene ga funksjonsnedsettelse. Videre økte risikoen for å bli utsatt for vold når barnet bodde i et hjem med rusmisbruk. Dette førte igjen til mye stress og utrygghet og aktivering av barnas stressresponser. Hyppig aktivisering viste seg å kunne føre til en kronifisert aktiveringsrespons (Mohaupt og Duckert).

Kartlegging av den voksne rusmisbrukeren bør gjøres med barnet i tankene: tegn på lav impuls kontroll, utrygt tilknytningsmønster som barn og voksen, vold og traumer under oppveksten og i nær fortid er ikke sjelden blant rusmisbrukere og tyder på at omsorgsevnen kan være betydelig svekket, uansett hvor samlet klienten måtte fremstå under samtalen (Mohaupt og Duckert, 2010 s. 412).

I og med at tidlige traumer i barndom og også brudd i relasjoner og tilknytningsproblematikk kan ha noe å si for hvordan ROP brukere klarer å kommunisere med hjelpeapparatet, ønsker jeg å inkludere noe teori, slik at dette danner grunnlag for senere diskusjon av resultater.

Tilknytningsteori

Senere års forskning har vist at tilknytning kan ha noe å si for hvordan vi som voksne relaterer til hverandre. Begrepet kan defineres som følger; ”Tilknytning er en unik form for affeksjonsbånd; termen skal ikke benyttes for generelle affeksjonsbånd” (Cassidy, 1999 s. 846).

Bowlby (1973) utarbeidet en teori hvor relasjoner ble regulert av interne arbeidsmodeller som var basert på personens erfaringer som barn. Arbeidsmodellene ble dannet med utspring i de interaksjonsmønstre barnet hadde med sin primære omsorgsperson. De fungerte som en måte å regulere, tolke og forutse både den andre personens handlingsmønstre og egen opplevelse av selv i situasjonen, egne følelser og tanker. Han fant evidens for viktigheten av en fortsettelse av barn-foreldre tilknytning fra før ungdomstid til ung voksen. Han hevdet at tilliten til tilgjengelighet og støtte fra tilknytningsfigurer, var fundamentet som skapte stabile, selvstendige og selvsikre mennesker (Bowlby, 1973).

Kari Lossius (2011), har skrevet en håndbok om rusbehandling, og hun knytter usikker tilknytning til omsorgsgivers reduserte evne til å ivareta sine barn. Hun skrev: *“Rusmiddelbruk er særdeles ødeleggende i så måte. Foreldres “refleksive funksjon”, som er foreldrenes evne til å tolke deres barns mentale tilstand, ødelegges spesielt av foreldres rusmisbruk”* (Lossius, 2011, s. 83).

Mary Dozier (1990), undersøkte tilknytningsmønstre og bruk av behandling for 40 unge voksne med alvorlig psykiske lidelser. Sikker tilknytning ble assosiert med tilpasning til behandlingsplan, dette var forventet. De med mer usikkert tilknytningsmønstre, viste sterkere unngåelsesatferd, noe som var knyttet til flere brudd og avvisning av oppfølgingsperson, mindre selvavsløring og dårligere utnyttelse av behandling. Hun konkluderte med at funnene tyder på at tilknytningsmønstre kan være en viktig faktor, og det kan være avgjørende for hvordan personer med alvorlig psykisk lidelse møter mennesker og relaterer til andre tilknytningsfigurer (Dozier, 1990).

Ved å se på rusmisbruk som en lidelse i et tilknytningsperspektiv, så Karen Walant (2007), på avhengighet som et sekundært substitutt som individet har tilpasset seg, som en måte å takle de traumatiske effektene av tidlige oppvekstproblemer og behov som ikke ble møtt i en tidlig fase. For å motvirke effektene som Walant kalte ”normativt misbruk,” anbefalte hun et skifte i tilnærmingen til disse klientene ved at en har større fokus på det relasjonelle og nære. Hun snakket om tidspunkt hvor det var fullstendig forståelse mellom hjelper og klient – en måte å løsrive det fremmedgjorte og avspaltede selvet (Walant i Flores, 2007). ROP klienter lider gjerne av relasjonsskader og vi ser en overhyppighet av personlighetsforstyrrelser. Ved at klienten har behov for å beskytte seg selv, vil de kunne fremstå som både usympatiske og kranglete. Svingninger mellom barnslig atferd og foraktfull avvisning av hjelp, gjør at de som skal gi hjelp blir slitne. Det som kan motvirke at hjelperen blir motløs, er kunnskap om hva som aktiverer denne atferden (Evjen et al., 2004).

Kombinasjonen av dårlig psykisk helse og faktoren rusmisbruk og de svingninger dette gir for daglig fysisk form og psykisk helse, gjør at det kan virke som tilbudet som finnes ikke helt matcher de dårligste ROP brukernes tilgjengelige ressurser. Holdninger til gruppen med psykisk syke rusmisbrukere er også med på å påvirke situasjonen. De bærer med seg negativ stigmatisering som påvirker hvordan de fremtrer og hvordan de ser seg selv. Dette leder over til stemplingsteori som sier noe om hvordan mennesker ser hverandre og hvordan vi som mennesker speiler hverandre.

Stemplingsteori

Stemplingsteori er sentralt når vi skal danne oss et bilde av dagens rusmisbrukere og deres posisjon i samfunnet. Jeg har i følge med våre brukere observert at denne gruppen er stigmatisert, og jeg har opplevd at det har fått konsekvenser for hvordan ansatte i systemet har forholdt seg til klientene. I boken *Stigma* avvikernes sosiale identitet, anvendte Goffman begrepet stigma som en egenskap som er dypt miskreditterende, han fremhevet rollen som stoffmisbruker som tilhørende en av tre hovedgrupper stigma (Goffman, 1963 s 45) .

Goffman tok utgangspunkt i at rusmisbrukere generelt ikke blir akseptert av omgivelsene. De blir sett som avvikere. De blir automatisk gitt en rekke kjennetegn, eksempel på dette kunne være at de stjeler, de lyver og de er uforutsigbare og utøver vold. Videre hevdet Goffman at

stigmatiserte personer, særlig de med et synlig stigma, opplever sosial interaksjon som vanskelig. Han sa at det var sannsynlig at vi normale også blir påvirket til for eksempel å oppfatte den stigmatiserte som for aggressiv, eller for forknytt. Det er også stor mulighet for at vi kunne komme til å overspile vår rolle i møte med de stigmatiserte gruppene (Goffman, 1963).

I studien, A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals, benyttet en fiktive pasienter for å måle stigmatiserende holdninger blant helsepersonell (Rao et al., 2009). I denne studien viste resultatene høyt stigma overfor pasienter med aktiv opiatmisbruk og alkoholavhengighet. Dersom pasientene ble presentert mer positivt fant man at dette påvirket holdninger signifikant i positiv retning for både kontroll og eksperimentgruppen (median endring >2 ; $P < 0.005$). En konkluderte med at stigmatiserende holdninger overfor mennesker med mental lidelse var svært utbredt, og at dersom personen hadde diagnosen schizofreni og et pågående rusmisbruk, var dette noe som fører til at holdningene var enda mer negative og stigmatiserende.

I prosjektet vi jobber i har refleksjon vært et viktig verktøy, og vi har i vårt oppdrag som en som følger bruker til en del avtaler møtt stigmatiserende holdninger i varierende grad hos noe helsepersonell, og deler av hjelpeapparatet inkludert NAV. Teamansatte har opplevd at det i noen tilfeller har vært avgjørende, at bruker hadde følge for å sikre at han/hun fikk de tjenestene de juridisk sett har krav på. Vi har også opplevd mange positive situasjoner hvor brukerne har følt seg ivaretatt. Dette er nyansert og likevel et område hvor alle som jobber i systemet rundt de som står svakest i samfunnet kan jobbe med å øke sin bevissthet.

Utsatte mennesker har vært ute for mange skuffelser, noe som igjen har ført til at de har dårlig selvtillit. De opplever seg selv som mindre verdt i egne og andres øyne. Det ble gitt et eksempel i boken *Empowerment i teori og praksis* (2008). En innvanderer følte ikke at hun ble møtt på en god måte og sa at sosialarbeideren burde tenke seg om, at rollene ved en senere anledning kunne være snudd. Dette mente sosialarbeideren aldri kunne skje. Denne kommentaren gjorde at innvandrerkvinnen følte at hun ble behandlet som et annenklasses menneske (Askheim og Starrin, 2008). Dette eksempelet er inkludert for å illustrere at små kommentarer er viktige i den enkelte klients liv. Dårlig behandling kan sende klienten rett ned i mørke tanker og dyp bekymring.

Maktrelasjoner og relasjonell makt

Det å skape virkelig endring når det gjelder holdninger til marginaliserte gruppers situasjon i samfunnet, krever mer enn at de blir møtt på en respektfull måte. Når makt blir benyttet slik at det systematisk begrenser handlingsrommet til svake grupper, gjør dette at makten økes hos de som allerede er i en maktposisjon. Dette kalles ”maktover” og kan beskrives som et spill der økning i den enes makt reduseres den andres makt. Makten brukes til å rangere og skille mellom mennesker som mer eller mindre verd, eksempel kan være kjønn, klasse, etnisitet, seksuell identitet og så videre. (Askeheim og Starrin, 2008).

Et annet begrep er ”makt til”. Makt betraktes da som noe positivt og ekspansivt som kan benyttes for alles beste. Makt kan i dette tilfelle benyttes for å oppnå endringer i samfunnet som kan berike alle involverte (Askeheim og Starrin, 2008). Gruppen med rusmisbrukere er en marginalisert gruppe i samfunnet. Gruppen med rusmisbrukere som samtidig har en alvorlig psykisk lidelse og ulike nivå av kognitiv svikt er helt på bunnen i samfunnet. I denne sammenheng syns jeg GAP teori kan være med å tydeliggjøre mangler i tilbudet til de svakeste og særlig de med kognitiv svikt.

GAP teori

I Norges offentlige utredninger (NOU) 2001:22, *Fra bruker til borger*, var tema funksjonshemming og kognitiv svikt. En GAP teori ble benyttet for å illustrere gapet mellom funksjonsevnen til klienten og de krav som samfunnet, herunder systemet fremsatte. Se vedlagte fig. fra St. meld. 40, (Appendiks A). Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Jeg ønsker å benytte denne modellen fordi den tydelig viser gapet som oppstår mellom forventninger og prestasjoner, dersom noen har en alvorlig funksjonssvikt som i stor grad er usynlig for andre.

For å ha mulighet til å redusere gapet, mente man at en både burde redusere kravene fra samfunnet og samtidig jobbe med å øke individets forutsetninger for å kunne mestre egen situasjon. I denne rapporten så en helhetlig på situasjonen. Den funksjonshemmede var mer funksjonshemmet når ikke noe ble lagt til rette for dem (St. meld 40, 2001). Gruppen med ROP brukere har også i gjennomsnitt et stort funksjonsfall og har i mange situasjoner ikke vært i stand til å ivareta egen livssituasjon (St. meld 25, 1997).

Kognitivt svikt er så langt ikke tilstrekkelig utredet blant brukergruppen med ROP klienter. Mange har skader nevrontalt i hjernen etter mange års rusmisbruk og en del overdoser. Samt at mange har skader på grunn av vold og ulykker. Sett i dette perspektivet vil GAP modellen være med å gi en forklaring på utfordringen det er for den enkelte ROP klient å skulle orientere seg i et byråkratisk system som er tilrettelagt for mennesker uten alvorlig funksjonssvikt (Stubberud, Åsland og Kristensen, 2007).

Kognisjon og kognitiv svikt

Kognisjon inkluderer bevisste prosesser i hjernen, å tenke, lære, huske, gjenkalle, oppfatte og vurdere kunnskap eller informasjon fra omgivelsene (Stubberud, 2007). Det er på det rene at både oppmerksomhet, og informasjonsbehandling, vurderingsevne og beslutningsprosesser kan bli påvirket. Kognitiv funksjonssvikt i kombinasjon med rus, kan skape negative holdninger i behandlingsapparat og ellers i omgivelsene. Klientene beskrives ofte som tiltaksløse og late (Stubberud et al., 2007).

Det er utarbeidet et informasjonshefte til pasienter og pårørende om kognitiv svikt ved psykoser. Ueland nevnte i sin artikkel som omhandlet kognitiv svikt ved schizofreni, at utredning var nødvendig for å kunne kartlegge hva man kunne forvente av pasienten. Det er viktig at både pårørende og andre får informasjon om den kognitive svikten til pasienten, da andre symptomer gjerne kan maskere denne tilstanden og gjøre at det ikke så lett oppdages. Det er de siste 20 årene utarbeidet kognitive treningsprogrammer for mennesker med kognitive lidelser. Det ble understreket at den kognitive treningen ikke skal være en erstatning for annen hjelp, men et tillegg (Ueland, 2008).

I en studie hvor man så på hjerneskade og ulike risikofaktorer, viste resultatet for pasienter i gruppen med rusmisbruk og som hadde hatt atferdsproblemer som barn, at risikoen for traumatic brain injury, TBI var signifikant høyere for denne gruppen (Felde, Westmeyer og Thuras, 2006). ROP brukere kan beskrives som en utsatt gruppe pasienter med mange både fysiske og psykiske skader. Når Ambulerende tverrfaglig team, ATT har jobbet med denne klientgruppen har fokuset vært på hva hver enkelt klarer, med mestring som mål.

Løsningsfokusert tilnærming

Det primære i rehabiliteringen av mennesker med alvorlige lidelser er å gi de tro på at de kan oppnå noe, og få tilbake noe de har mistet. Det å danne håp, øke motivasjon, øke selvfølelse, oppnå mening og uavhengighet. De Jong og Berg viste til at ved bruk av teknikken løsningssskapende samtaler, var mange i stand til å øke sin livskvalitet. Klienter var i stand til å skape et mer fullverdig liv ved at de kom frem til klart formulerte mål, for deretter å handle slik at de gradvis nærmet seg sine mål (De Jong og Berg, 2002).

I forhold til å kunne koordinere de tjenestene som trengs for å oppnå bedring hos klientene og involvere de mest mulig i prosessen med å finne egen motivasjon har individuell plan, IP vært et viktig redskap. Klienten har selv vært med på å utarbeide planen (Helsedirektoratet, 2008)

Meningsfullhet og sammenheng

Antonovsky fremhever hvor viktig det å oppfatte noe som *forståelig*, ordnet og sammenhengende i stedet for som støy, kaos og uordnet er. Når man tenker at det som kommer er forutsigbart kan man i fall det kommer en overraskelse sette den inn i en sammenheng og forklare den. *Håndterbarhet* er en annen viktig faktor, noe som betyr at man tolker situasjonen slik at man har ressurser til rådighet til å takle det som oppstår. Ressursene kan være ens egne, men også ressurser som er til rådighet i relasjoner man stoler på og kan støtte seg til. Den tredje komponenten er *meningsfullhet*, når man setter noe i sammenheng og definerer det som meningsfullt, tenker man at det er noe som er verdt å engasjere seg i (Antonovsky, 2007)

I vårt teamarbeid har vi erfart at ROP brukere har fortalt at de har følt de har indre støy og kaos som har hindret de i å tenke klart. Ved at de har fått hjelp til å se tydelig hva de selv kan klare, har mestring økt. Som resultat har de opplevd flere oppgaver som håndterbare, brukere har fått mer selvtillit og det har hjulpet de til å kunne klare flere oppgaver i eget liv. Dette har vært med på å øke deres livskvalitet (Rambøll Delrapport I og II, 2009-2010).

Det og etter hvert kunne romme flere motsetninger har vært et viktig steg i retning av å takle livets små og store utfordringer. Dialektisk teori har vært et viktig redskap, og har hjulpet brukere til å kommunisere med systemet.

Dialektikk – den samstemte kommunikasjon

Begrepet dialektikk er gresk og betyr ”kunsten å diskutere”. Dialektikk kan også forstås som å ha evnen til å se to sider av en sak. Fra et dialektisk perspektiv ser man at mennesker og situasjoner er i endring. Altså fokus på dynamikk, og ikke statisk. Når vi ser dialektisk på virkeligheten ser vi også motsetningsfulle aspekter. En person kan være både god og ha noen dårlige sider. En kan sørge over noe og samtidig glede seg over dagen. En kan både ha rett og ta feil på samme tid. Handlinger kan være destruktive, men de kan samtidig ha en beskyttende effekt (Kåver, 2005).

Kåver tar i sin bok for seg utfordringer i møte med mennesker med ustabil emosjonell personlighetsforstyrrelse (PF). Hun vektlegger at en ved hjelp av dialektisk teknikk, har mulighet til å sette spørsmål om f. eks. spenningsforholdet mellom det å på den ene siden skulle endre seg og på den andre siden akseptere seg selv som man er. I en slik situasjon er målet å få klienten til å forstå at han/hun er ok og god nok. Samtidig er det på det rene at visse problemer gjør at klienten bør jobbe med å forandre seg. Oppsummert på en enkel måte kan en si at en i dialektisk tilnærming søker å få klienten til å kunne romme psykisk smerte og likevel ikke handle destruktivt. Dilemma for behandler blir å jobbe støttende og bekrefte klienten, samtidig som en konfronterer klienten. Teknikken som beskrives av Kåver, er sammenfallende med mindfulness prinsippet (Egeland, 2010). En tenker seg at det å bli oppmerksom på egne følelser og observere de, uten å dømme, skaper en form for distanse som gjør at de er lettere å håndtere (Kåver, 2005).

Praksis har vist at brukere som har opparbeidet mer ro og sett sine egne problemer fra ulike vinkler har kunnet forholde seg til utfordringene og menneskene de møter på en måte som har gjort at de opplever at de mestrer de daglige oppgavene bedre.

Oppsummerte utfordringer for ROP brukere

Bolig

I Norges offentlige utredninger, NOU, *Rom for alle* (2011:15) handler kapittel tre om bolig og velferd. Boligsosiale utfordringer relateres til lav inntekt, helseproblemer, funksjonsfall, rusmisbruk og diskriminering. Det skal være en premiss at alle skal ha mulighet for et funksjonelt og varig tilbud om bolig. Botilbudet skal ikke være avhengig av oppførsel. Det skal ikke være slik at en må kvalifisere seg til å kunne bo. En må ha tjenester som ivaretar den

enkeltes behov (NOU, 2011). Felles utfordringer for ROP klienter har vært og er at de har store problemer med å skaffe seg bolig og også problemer med å beholde bolig. Lov om sosiale tjenester pålegger kommunen å fremskaffe bolig til vanskeligstilte. Det nevnes i Fafo rapport fra 2006 at det i 1998 ble anslått at mer enn 1000 personer til enhver tid bodde på hospits i Oslo (Fyhn og Øverås, 2006). I Rom for alle, kapittel 6., ble det nevnt at hvem som er vanskeligstilt, kan defineres ulikt. Definisjonen som ble benyttet i denne rapporten:

”Vanskeligstilte på boligmarkedet er personer som ikke har mulighet til å skaffe seg og/eller opprettholde en tilfredsstillende bosituasjon på egenhånd.” (NOU 2011, s. 39).

Dårlig helse - somatisk, psykisk samt tannhelse

Mine egne observasjoner i arbeid med denne klientgruppen er at mange ikke er diagnostisert for alvorlige somatiske plager. Dette kan være hjerneskade etter overdose, eller ulykke.

Problemer med helse etter å ha vært utsatt for voldelige episoder, hodetraumer (Stubberud, Åsland og Kristensen, 2007). Dårlig kognitiv funksjonsevne, som er vanskelig å se, og er en usynlig funksjonshemming dersom den ikke blir observert og testet (Stubberud et al., 2007).

Alvorlige psykiske problemer ofte multiple diagnoser. Herunder schizofreni, annen psykosereelatert diagnose, ulike personlighetsforstyrrelser, alvorlig angst og depresjon (Ådnanes, Kaspersen, Hjort og Osborg Ose, 2008).

I rusmiljøet er det vanlig å dele sprøyter, ved injisering, noe som utgjør en risiko for å komme i kontakt med blod og bli smittet av ulike infeksjoner og sykdommer som Hepatitt C og HIV. Svært mange injiserende rusavhengige er smittet av hepatitt C, en langt lavere prosent er smittet av HIV (Gossop, 2006).

Noen lider av alvorlig epilepsi og epileptiske anfall. Andre av alvorlig revmatisme og skjelettproblemer samt kroniske smerter. Hjertelidelse, lungeproblemer kan også være et problem. Rusmisbruk har også ført til alvorlig skade på lever og nyre. En del har spisevegring, og vi har observert store tannproblemer, tannråte eller at de har mistet mange tenner. I rapporten fra Sintef (2008), ble utfordringen, dårlig somatisk helse vektlagt, og at en viktig bakgrunn for etablering av tilskuddsordningen i 2001, var målgruppens omfattende fysiske og psykiske helseproblemer, og deres behov for helsetjenester (Ådnanes, et al., 2008).

Økonomi

Etter rusreformen, ble egenandeler for polikliniske tjenester innført også for rusmiddelmisbrukere (dette gjaldt ikke for Psykiatriske ungdomsteam da de lå under barne- og ungdomspsykiatrien). Konsekvensene av dette har mange hevdet, blitt en redusert tilgjengelighet på tjenester til ruspasienter. Mulighetene for refusjon av egenandelene har for mange rusmiddelmisbrukere vært vanskelig å få organisert. Noen sosialtjenester har tatt konsekvensene av dette og har dekket egenandelene på sitt budsjett (www.Bergensklinikken.no, 2005).

Kriminalitet

Besittelse av stoffer som heroin, amfetamin, kokain og cannabis er kriminalisert gjennom FN's internasjonale narkotikakonvensjoner. Etterspørsel etter disse stoffene har likevel økt de siste 30 årene (Asmussen og Dahl, 2011). Noen selger disse stoffene for å tjene til eget forbruk. Det er vanskelig å lage en tydelig grense mellom hva som er til eget forbruk og hva som er salg. Dersom politiet ikke tar noen på fersk gjerning, vil det være mengde som blir det avgjørende kriteriet (Asmussen og Dahl, 2011). Vi kan observere at narkomane tigger etter penger på gata. Noen velger også å gjøre ulik type vinningskriminalitet for å tjene penger til dagens dose. Klienter som er rusavhengige må sone også fordi de ikke betaler sine bøter og derfor soner i fengsel i stedet for å betale regninger de ikke har midler til å dekke. Det er også en del vold knyttet til salg av illegale stoffer, og rusmisbrukere utsettes oftere for vold og de er også noen ganger selv skyldig i voldsepisoder (Felde, et al., 2006).

Utfordringen

Den store utfordringen har vært å koordinere hjelp til brukere som trenger hjelp til det aller meste, og som ikke har tatt vare på seg selv. ROP brukere har vært selvdestruktive og ustabile i møte med de som vil hjelpe. Utfordringen har vært å minske gapet mellom det bestående systems krav og den enkelte klients reelle funksjonsevne. For å minske dette gapet, trenger vi mer informasjon og kunnskap om gruppen med ROP klienter. Jeg har i denne sammenheng ønsket å finne ut mer om hvordan systemet oppleves fra brukerens ståsted. Jeg har avgrenset dette ved å undersøke kommunikasjonen brukerne har med NAV. Jeg har ønsket å bidra til at

det dannes et tydeligere bilde av brukernes subjektive opplevelse av kommunikasjonen de har med NAV. Jeg har benyttet kvalitativt intervju og deltagende observasjon.

METODE

Metode kan beskrives som en fremgangsmåte vi benytter for og nå et mål (Grønmo, 2004). I vitenskapelig betydning, det å generere kunnskap om et fenomen og ut fra denne kunnskapen danne en teoretisk forståelse. Metoden skisserer fremgangsmåter som er hensiktsmessige og som gir oss pålitelig kunnskap. Metoden sier noe om hvordan vi genererer kunnskap som gjør at vi kan utvikle nye metoder innen et fagområde.

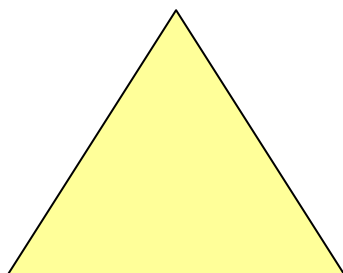
Triangulering

I dette kapitlet presenterer jeg fremgangsmåten jeg har benyttet i denne studien, dette inkluderer valg av metode for innsamling av data, samt valg av metoden deltagende observasjon og valg av kildebruk.

Jeg har benyttet en triangulering der jeg har funnet frem til all tilgjengelig kunnskap om temaet jeg har studert (Flick, 2002). Dette inkluderer faglitteratur og bøker samt statlige rapporter som omhandler tema rus og psykiatri. Rapporter som sier noe om NAV. Litteratur som omhandler brukermedvirkning. Jeg har også benyttet den kunnskapen som er samlet gjennom daglig observasjon når teamet gjør ting sammen med klientene. Jeg har benyttet kvalitativt intervju og et kortfattet spørreskjema for å få direkte kunnskap om tanker og meninger og erfaringer som klientene selv har, for å få frem hva klientene selv tenker.

Intervju av klienter

Deltagende observasjon



Litteratur - teorigrunnlag

Grunnlaget for metodevalg er nært knyttet til temaet jeg har ønsket å studere. Intensjonen i denne oppgaven har vært å synliggjøre erfaringer og tanker og opplevelser klienter har hatt i møte med NAV. Jeg har fokusert nærmere på det relasjonelle i deres erfaringer, da det er samlet kunnskap som tilsier at disse klientene kan ha nedsatt evne til å kommunisere under de gitte forutsetningene, eller i systemet slik det er lagt til rette. Det er derfor av interesse å samtale nærmere med den enkelte, og fremskaffe direkte kunnskap fra brukerne selv.

Kvalitative intervju

Jeg har benyttet *kvalitative intervjuer* av et utvalg av våre klienter fordi det har gitt et bilde av hvordan de opplever sitt møte med NAV. Kvale beskriver hermeneutikk som ”læren av fortolkning av meningen i tekster”. En slik tilnærming medfører en tolkende og oppmerksom lytting til det som formidles i tekst eller i intervju, med vekt på muligheten for omtolkninger (Kvale, 1996).

Kvalitativ metode er en metode som passer godt når man vil finne ut mer om enkeltmenneskers opplevelser og intensjoner bak handlinger. Et kvalitativt intervju er konfidensielt og fortrolig. Intervjuet gir informanten anledning til å fortelle noe som ikke ville komme frem under andre omstendigheter. Kvalitative intervju reiser således viktige forskningsetiske spørsmål. Er det slik at informanten virkelig ønsker at de sensitive opplysningene de har gitt om sitt liv skal kunne formidles videre? Det er avgjørende hvordan forskeren forholder seg til informanten videre. De som blir intervjuet må kunne ha en mulighet til å trekke seg om de ønsker det (Finstad og Høigård, 1997).

Steinar Kvale beskriver kvalitative forskningsintervju som et intervju hvis formål er å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på kvalitativ tolkning av meningen i de beskrevne fenomener. Han skiller mellom det terapeutiske intervju og forskningsintervjuet ved at man i det sistnevnte unngår en påvirkning av den som blir intervjuet. I stedet skal man fokusere på å få med seg mest mulig kunnskap om det fenomenet man studerer. Det er ulike måter å få frem denne kunnskapen på, man kan søke mest mulig fakta eller legge mer vekt på selve opplevelsesaspektet, eller begge deler. Intervjuene kan være helt åpne eller ta utgangspunkt i en intervjuguide som skal sørge for at en fører samtalen langs en ønsket sti.

Intervjuguiden

Intervjuene som danner grunnlag for denne oppgaven er semi-strukturerte (Appendiks D). Jeg har tatt utgangspunkt i noen enkle hovedspørsmål samt et kortfattet spørreskjema med avkrysningsbokser (Appendiks C). De åpne spørsmålene er dannet for å gi rom for brukernes egen refleksjon rundt temaet. Intervjuet er lagt opp slik at det vektlegger både positive og negative erfaringer, samt at det etterspør livshistorie og ber om konkrete eksempel i samhandling og kommunikasjon mellom NAV og bruker.

Forskningsintervjuet er basert på samtale om det daglige livet og er en profesjonell konversasjon. Forskningsintervjuet er ikke en samtale mellom to likeverdige partnere, siden den som intervjuer definerer og således kontrollerer situasjonen. Styrken til det kvalitative intervjuet er muligheten for å fange mangfoldet av betraktninger og få direkte kunnskap om en informants tanker og meninger innenfor et tema.

Kvale konkluderer med at intervjuet verken er objektivt eller subjektivt, det er heller en intersubjektiv interaksjon. Realismen hevder at en sannhet finnes utenfor og uavhengig av observatøren, og at det finnes et korrekt syn på saken. Motpolen av dette er et syn hvor sannhet, realitet er relative til et spesifikt rammeverk. Kvale henviser til Bernstein som sier at sann kunnskap søkes gjennom en rasjonell argumentasjon av deltagere i en diskurs. Den medierende faktor er språket, som verken er objektivt eller subjektivt, men intersubjektivt (Kvale, 1996).

Kvalitetskrav og etiske betraktninger

Validitet blir ofte definert med å stille spørsmål om man måler det man tror man måler? I dette tilfelle vil man ha valide resultater dersom man ikke har tall, men tekst, i og med at dette er kvalitative intervju. Er teksten gjenkjennelig for den som lot seg intervju? Dersom den ikke er de, har forskeren ikke jobbet godt nok. Vanlige kvalitetskrav til kvalitativ forskning er at det gir ny innsikt, er troverdig og har relevans. Finstad henviser til at god forskning gir ny innsikt som tydeliggjør sammenhenger man ikke helt ut forstod tidligere. Dersom teksten vekker interesse, er det sannsynlig at den inneholder informasjon som andre har nytte av. Hvis tolkningene virker troverdige er dette med på å gjøre fremstillingen sannsynlig. Kvalitativ forskning kan få frem de grå nyansene, dualitet og motsetninger, og forsøker å beskrive handlinger og opplevelser (Kvale, 1996).

Alle informantene signerte på informert samtykke, og de ble informert om studiens formål og de fikk tydelig informasjon om sin rett til å trekke seg fra undersøkelsen (Appendiks B). Jeg har vært opptatt av å opprettholde konfidensialitet for deltagerne i studien. For å sikre at ingen av informantene skal kunne gjenkjennes, har jeg benyttet nr. og ikke navn, informant 1, 2, 3 osv. og deres alder har jeg rundet opp/ned til nærmeste 5 år.

I og med at målgruppen i denne studien er mennesker med et alvorlig rusmisbruk og samtidig psykisk lidelse, lever de i perioder mer ustabil enn andre mennesker. Dette er muligens en av grunnene til at det frem til nå ikke er forsket så mye på denne brukergruppen. Gitt den komplekse situasjonen og tilstanden til klienten, setter det store krav til forskeren både etisk og i form av metode. I mitt arbeid som ansatt i førstelinjen har jeg hatt et unikt utgangspunkt hvor jeg har kunnet kontakte og snakke med klientene i en naturlig setting. Dette er en brukergruppe som det er vanskelig å få kontakt med og det krever en viss tilnærming for å få adgang. Jeg har vært bevisst min rolle som forsker og har også vært bevisst på nærhet avstand prinsippet ved at kun to av informantene i utvalget var klienter jeg kjente fra før (Flick, 2002).

Utvalg av informanter

Ni intervjuer har dannet empirien for denne studien. Alle klientene har fått oppfølging av Ambulerende Tverrfaglig Team i Bærum kommune, som igjen er inkorporert i Tillitspersonforsøket under Helsedirektoratet (Landsverk & Gåsvatn, 2011).

På undersøkelsestidspunktet var det 33 klienter som fikk tett, oppsøkende oppfølging fra ATT, Progress i Bærum. De ni jeg valgte å intervju hadde ulike alder og kjønn. Jeg har intervjuet to kvinner og syv menn. To av dem jeg intervjuet var klienter jeg selv har hatt oppfølging med, to av dem jeg valgte ut møtte jeg for første gang i intervjusituasjon. De fem andre hadde jeg møtt. Klientene hadde også ganske ulike bakgrunn og livssituasjon slik at de representerte forskjellig nivå av psykisk lidelse og rusavhengighet. Kjønnfordelingen var naturlig i og med at det er færre kvinner i denne klientgruppen. De to kvinnene jeg valgte å intervju var forskjellige og i ulike situasjoner. Den ene ble i løpet av prosjektperioden rusfri, noe som gjorde at flere av hennes ressurser ble styrket. Den andre kvinnen fortsatte å ruse seg. Mennene jeg intervjuet var også valgt med tanke på at de representerte ulike bakgrunn og ulike faser i rehabilitering.

Datainnsamling

Jeg har foretatt intervjuene på ulike steder. Fire av intervjuene har jeg gjort på mitt kontor. Tre av intervjuene ble gjort hjemme hos informanten, og to av intervjuene ble gjort utendørs ved sjøen.

Jeg var opptatt av det relasjonelle og at situasjonen ble oppfattet likeverdig og avslappet for brukerne. Når vi benyttet kontorlokalet, satt vi på hver vår stol ved siden av hverandre, ved et bord. Vi lukket døren slik at vi ikke ble forstyrret av andre mens intervjuet pågikk. Når vi var hjemme hos brukerne, satt vi i stuen med båndopptaker på stuebordet. Når vi var utendørs, satt vi, uforstyrret ved et lite bord. Informantene fylte ut samtykkeerklæring først, så spørreskjema med opplysninger og deretter startet intervjuet. Jeg hadde på forhånd fortalt de om oppgaven jeg skulle skrive og gitt de noe informasjon om at tema var NAV og brukervedvirkning.

Ingen av brukerne jeg intervjuet var synlig ruspåvirket under intervjuet. Jeg kan ikke utelukke at de hadde inntatt noen stoffer, det var i tilfelle noe som ikke påvirket de nevneverdig. Det virket som de var interessert i å delta, og de møtte alle til avtalt tid og jeg opplevde at de virket avslappet og interessert i å besvare spørsmålene. Jeg transkriberte hvert intervju, umiddelbart etter at intervjuet var utført. Jeg gjorde dette for å ha samtalen mest mulig friskt i minne, slik at jeg skulle få med mest mulig korrekt skriftlig gjengivelse. Intervjuene ble foretatt fra mars til mai 2011.

Deltagende Observasjon

Deltagende observasjon er navnet på en av flere metoder innen feltarbeid. Når en benytter deltagende observasjon befinner man seg både innenfor, en deltar og utenfor, er observatør, på samme tid (Finstad og Høigård, 1997).

Rollen forskeren innehar kan variere. Han kan delta og i dette tilfelle være prosjektmedarbeider som deltar ved et møte hos NAV sammen med klient, eller forskeren kan ha rollen som forsker og være med i de hendelsene som oppstår, være med som ”ekte” deltager eller som en som kommer inn utenfra.

Hvilke fordeler har man så ved deltagende observasjon?

1. Vi vil kunne fortelle mer om det faktiske slik det utspiller seg i det daglige og rutinemessige i brukeres hverdag i samspill med hjelpere.
2. Ved hjelp av deltagende observasjon ser man samspill med ”de andre aktørene” som vi ikke kunne se i selve intervjusituasjonen.
3. Vi vil ved egen deltagelse kunne se enda mer, og det gir oss bedre forutsetning for å leve oss inn i brukernes situasjon og perspektiv.

Feilkilder

Ambulerende Tverrfaglig teams observasjoner gjennom en periode på tre år, har gitt et innblikk i systemets forventinger til ROP brukere. Vår deltagelse ved en del klientmøter ved NAV, samt telefonkontakt og kontakt via email har også gitt teamet erfaringer og kunnskap om hvordan kommunikasjonen har fungert. Vi har hatt tilgang til et stort antall hendelser. Å være for mye deltager er nevnt som en viktig feilkilde. Dersom man overtar brukers perspektiv helt, vil dette ha konsekvenser for hvordan man tolker hendelsene man observerer. Viktige spørsmål en kan stille er om hendelsen ble påvirket nevneverdig av egen deltagelse? Har man klart å balansere mellom rollen som observatør og som deltager? Ved refleksjon innad i teamet, har vi kunnet diskutere noen hendelser og på denne måten få frem mange ulike synspunkt på den samme hendelsen (Finstad og Høigård, 1997).

Bruk av deltagende observasjon og intervjuene med klientene var både bevisstgjørende og spennende i mitt søk etter svar på problemstillingen. Samtalene ga meg noen overraskelser og noen bekreftelser. Jeg sitter igjen med mange tanker om hjelperrollen og klientrollen i møte med et stort system. Gjennomgående er at denne klientgruppen er vare i møte med nye mennesker og de nedvurderer egen evne til sosial interaksjon.

Vi har jobbet mye med våre brukere for å bevisstgjøre de på hvilke positive sider de innehar. De er ikke alltid mottagelig for denne tilbakemeldingen. Når vi har jobbet med dette over tid, har de reist seg mer, og sett egne ressurser klarere. Det har vært nyttig med en uformell tone i slike situasjoner. En av brukerne hadde en vane med straks å dømme en situasjon etter at den hun hadde snakket med forlot rommet. Hun kunne si ting som ”hørte du hva hun sa? Hun liker meg ikke? Ved å bli bevisst på dette mønsteret, kunne hun gradvis endre atferd. Det som

lå under denne raske fordømmelsen av en situasjon kunne være frykt. Hun ville jo egentlig bare bli akseptert for den hun var.

Analyse av datamaterialet

Jeg benyttet et åpent kodesystem hvor jeg brukte markeringspenn med fire ulike farger, på fire ulike tema i resultatene fra de ni informantene. Jeg hadde møter med min veileder, og vi fant at det i første omgang var naturlig å trekke ut fire tema fra resultatene. Üve Flick beskrev tematisk koding, der man kan trekke ut enkeltutsagn fra et narrativ og analysere det mer detaljert (Flick, 2002). Temaene var knyttet til følgende stikkord: ”kommunikasjon”, ”egen situasjon og posisjon”, ”beskrivelse av egne behov” og ”avgjørende faktorer for at hjelpen ble opplevd som god.”

Jeg benyttet en utforskende metode, på bakgrunn av at tema for oppgaven er et relativt utforsket område. Ved videre arbeid med intervjuresultatene ble også ”stigma” og ”trusler og vold” trukket ut, da dette var tema som er nært knyttet til brukergruppen, og som er relevant med hensyn til hvilke posisjon brukere opplever å være i, og relevant for hvordan NAV ansatte tolker brukers kommunikasjon og atferd.

Jeg utarbeidet to tabeller for å gjøre resultatene mest mulig tilgjengelig og tydelig. Tabell 1 inneholder informasjon om informantenes livssituasjon, helse og rusbruk. Tabell 2 gir oversikt over svar fra spørreskjema. Jeg har også benyttet teamets samlede refleksjon over ROP brukeres møte med NAV og kommunikasjon med ansatte.

RESULTATER

I resultatdelen presenterer jeg noe av det brukerne har uttalt i intervjusituasjon, samt at det de har svar i spørreskjema gir felles grunninformasjon om hver av informantene. De to tabellene, er basert på svar fra intervju, tabell 1 og svar fra spørreskjema, tabell 2. Jeg har delt opp resultatdelen, under noen tema. De ulike tema og overskrifter er; *Livssituasjon helse og rus, Kommunikasjon med NAV informasjon fra spørreskjema, Kontakten med NAV informasjon fra intervjuene, Brukernes situasjon og posisjon og God hjelp sett fra brukernes ståsted.*

.

Livssituasjon, helse og rus

Tabell 1 Presentasjon av informantene når det gjelder kjønn, alder, psykisk helse, forhold til rus, bolig, Lar, nettverk og behandling.

Informant	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kjønn	Mann	Kvinne	Mann	Mann	Mann	Mann	Mann	Mann	kvinne
Alder	20 år	25 år	30 år	40 år	40 år	30 år	25 år	30 år	30 år
Psykisk helse	AD/HD sosial angst	Sosial angst, PF	Hjerneskode, AD/HD angst	PTSD, PF, sosial angst, depresjon	Schizofreni, angst depresjon	Schizofreni, angst, depresjon	Asperger, angst, og depresjon	AD/HD, angst, traume, depresjon	Kognitiv svikt, PF, angst og depresjon
Forhold til rus	Hasj	Sluttet (tidligere hasj)	Opiatmisbruk m blanding	Opiatmisbruk m blanding	Hasj og amfetamin	Opiatmisbruk m blanding	Opiatmisbruk m blanding	Opiatmisbruk noen sprekker	Opiatmisbruk m. blanding
LAR	Nei	Nei	Nei	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja	Nei
Har bolig	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Institusjon		Tidligere		Tidl.	Tidligere	Innlagt sykehus	Tidl. utredet	Tidl.	Tidl.
Sosialt nettverk	Venner	kjæreste, søster	Venner	venner, mor	venner	venner, familie	venner, mor	venner, familie	venner, familie
Behandling	PUT	PUT	Nei	Nei	Nei	Psyk helsevern	Psyk helsevern	PUT	Ergoterapeut

PF = Personlighetsforstyrrelse, LAR= legemiddelassistert behandling, PTSD = Posttraumatisk stressyndrom, PUT = Psykiatrisk ungdomsteam, AD/HD = Attention deficit an hyperactivity disorder, Asperger syndrom = diagnose inne autismespekteret preget av store vansker med sosialt samspill.

Russituasjon

Intervjupersonene var to kvinner og syv menn. Tre av klientene, informant 1, 7 og 2, var yngre enn 25 år. Den yngste av mennene benyttet hasj og ellers ingen sterkere illegale stoffer, men han drakk litt med kompiser. Informant 2 var rusfri og i ny bolig. Hennes planer var å holde seg rusfri videre, men hun slet med sterk sosial angst som hadde en innskrenkende effekt på hennes handlingsmønster. Informant 5 benyttet mye hasj og noen ganger amfetamin, han brukte ikke heroin.

Seks av klientene var opiatmisbrukere. Informant 7 injiserte heroin. Han var under utredning og hadde klart å holde seg unna sterkere rusmidler, med noen enkle sprekker. Sammenlignet med tidligere var dette en positiv utvikling. Informant 3 var også opiatmisbruker og jobbet på ukedager, men han hadde sprekker enkelte helger. Informant nr. 4 var den eldste av informantene, og den med tyngst rusmisbruk. Han hadde også mye alkoholmisbruk, og brukte også amfetamin i perioder, i tillegg til angstdempende medisin utskrevet fra lege fordi han hadde sterk angst. Han hadde nylig hatt oppstart på LAR behandling. Informant nr. 8 var også opiatmisbruker og holdt seg noen ganger rusfri i flere måneder, han jobbet noen ukedager, men han hadde enkelte sprekker. Vi hadde snakket om dette og han syntes nå det var vanskelig å komme tilbake til boligen etter en sprekke, han drakk også alkohol og mottok LAR behandling. Informant nr. 6 hadde hatt noen sprekker på heroin, men benytter det ikke jevnt. Han ble mye dårligere psykisk når han hadde hatt sprekker. Informant 9 bodde har benyttet flere former for rusmidler, hun har rapportert at hun en sjelden gang røyker heroin.

Psykisk helse

Klientene var ulike med hensyn til kognitiv fungering. Informant 5 og 6 hadde begge en schizofrenidiagnose og opplevde perioder med psykose. De hadde blant annet paranoide tanker i slike perioder. Jeg oppfattet dem begge som intelligente og reflekterte personer.

To av klientene, informant 3 og informant 9 hadde klart nedsatt kognitiv funksjon. Den ene hadde vært utsatt for en ulykke og hadde således pådratt seg nedsatt funksjon som blant annet påvirket hans hukommelse. Den andre klienten hadde også påvist nedsatt funksjon. Informant 7 som hadde Tourettes hadde en mild form og kommuniserte godt, han hadde noen tics. Han var innsiktsfull i egen situasjon og så hvilke utfordringer han sto overfor. Informant 1 hadde påvist AD/HD, og hadde noe problem med utagering som gikk utover interiør. Dette var noe

han jobbet med å endre. Informant 2 hadde alvorlig sosial angst etter opplevd traume og trengte periodevis mer tilsyn og støtte. Informant 8 hadde også AD/HD og ble i perioder urolig og i rusituasjoner noen ganger utagerende og veldig paranoid. Han hadde tidlig opplevd traumer. Han var utredet kognitivt og fungerte godt på tross av at han hadde hatt flere overdoser. Informant 4 slet med alvorlige traumer og var i perioder alvorlig utagerende verbalt, og dette hadde skapt mange vanskeligheter for han.

Alle klientene har hatt et tidlig møte med psykiatrien. De beskrev voksenlivet som utfordrende og i perioder tungt og vanskelig. Deres historie danner bakgrunnen, men det er deres opplevelse av møtet med systemet som er det sentrale i intervjuene.

Traumer

Informantene fortalte om ulike arenaer de har deltatt i og ulike roller de hadde prøvd ut. Gjennomgående har de opplevd tidlig tap på ulikt vis. To har mistet sin far i ung alder, og det er ingen tvil om dette har satt dype spor. Noen av brukerne ble seksuelt misbrukt som barn og var fortsatt preget av dette. I de senere år er det funnet evidens for at ubehandlet seksuelt traume er alarmerende høyt blant rusmisbrukere (Flores, 2004 s 31).

Rusmisbrukere lever ujevne og rastløse liv. Et eller annet sted har det brent seg fast noe farlig som kommer utenfra. Et par av informantene var ekstra opptatt av deres anonymitet i denne undersøkelsen. De sa at de vil føle seg trygge på at de kunne uttale seg uten at de skulle straffes for sine meninger. Noe av denne frykten for represalier stammer kanskje fra den justisen som er vanlig innen rusmiljøet. Vi som jobber i nær kontakt med klienter som er kjent i rusmiljøet i Oslo, ser hvor brutalt dette livet er. Det er et hardt liv og det går mest ut over de svakeste. På denne måten blir de som ender opp som rusmisbrukere, og som selv har opplevd traumer innen familien, traumatisert igjen og igjen i det livet de lever i jakten på rus.

Bolig og sosialt nettverk

Alle i utvalget hadde bolig. ATTs arbeid er å drive oppsøkende virksomhet og hjelpe klienten der han eller hun oppholder seg. Bolig var ment å være et kriterie da vi hadde oppstart med prosjektet. Det viste seg at det ikke var så lett å ordne, vi har på grunn av dette i lange perioder hatt flere klienter uten fast bopel, (UFB). Dette har heldigvis gradvis ordnet seg underveis. I gruppen jeg har intervjuet har en bruker akkurat blitt tildelt kommunal bolig med

base, mens en annen bruker har fått beskjed om å flytte fra leiligheten han leier. ATT er aktivt med og hjelper til i overganger, da det erfaringsmessig er da de trenger mest hjelp.

Familie

Alle klientene vi følger opp har kontakt med sin familie. De har helt ulike familiebakgrunn og derfor helt forskjellige relasjonsmønstre til sine familier. Våre erfaringer fra deltagende observasjon er at familiene har noen gjentakende mønstre i samhandling seg imellom som ikke lenger er hensiktsmessige.

Av hensyn til anonymitet har jeg ikke trukket ut enkelte av informantene i beskrivelse av familiemønstre. Jeg har i stedet fokusert på generelle observasjoner. Et mønster var det symbiotiske, hvor en overinvolvering i ROP brukerens liv og oppgaver ble opplevd både som en trygghet av bruker, men også som en kilde til frustrasjon. Sett utenfra har dette mønsteret virkninger som noen ganger har vært med på å opprettholde rusmisbruket.

I den motsatte enden av skalaen var de brutte relasjonene. Dette kunne være brudd mellom ROP klient og hans/hennes foreldre. Noen ganger brudd med rusmisbrukers egne barn. De har som resultat av sin sykdom og sitt alvorlige rusmisbruk blitt fratatt sitt barn. Dette er barn de enten ikke får møte i det hele tatt, evt. at de har møtt barnet av og til. Som oftest var dette en kilde til dyp sorg i klientens liv. ROP brukere har generelt flere brutte relasjoner med familie og venner. Dette har igjen sammenheng med usikre tilknytningsmønstre innad i familien. Noen ROP brukere har nedsatt evne til å danne relasjoner til andre. Oppsummert tilsier teamets observasjoner at familien har store bekymringer og utsettes for et enormt press, når de har en mor, far, sønn eller datter med ROP lidelse.

Kommunikasjon med NAV informasjon fra spørreskjema

Tabell 2 Presentasjon av svar på spørreskjema

Informant	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Behov for kontakt med NAV, hvor ofte	2 ganger pr. måned	Sjeldnere enn 1 gang pr. måned	1 gang pr. måned	2 ganger pr. måned	2. ganger pr. måned	1 gang pr. måned	1. gang pr. måned	Sjeldnere enn 1 gang pr. måned	2. ganger pr. måned
Møtt din saksbehandler	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	nei	Ja
Antall møter m saksbehandler siste år?	1	2	0	4	0	2	5	0	0
Når du din saksbehandler?	Sjelden	Noen ganger	Aldri	Noen ganger	Ofte	Ofte	Ofte	Noen ganger	Sjelden
Ringer de deg tilbake	Ofte	Ofte	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Ofte	Ofte	sjelden	Sjelden
Hva savner du mest fra NAV?	Rask hjelp	Å nå frem	Mer oppfølging	Behandle meg verdig	Personlig kontakt og omsorg	Ikke svart	Ikke svart	Ikke svart	Mer hyggelig hjelp
Er hjelpen fra ATT nyttig?	Ja, dere er der når jeg trenger noe	Ja, støtte og samtale gir mer struktur	Ja hjelper meg overfor NAV	Ja, leverer medisin og hjelper meg	Ja gir trygghet og gjør det enklere	Ja, samtaler, mer variasjon og aktivitet	Ja ukentlig kontakt	Hjelper meg overfor NAV	Ja har faste avtaler og kommer

Resultatene av spørreskjema viste at når det gjaldt behov for kontakt med NAV, delte svarene seg i tre grupper.

Informant 1,4, 5 og 9 anslo at de hadde behov for kontakt med NAV omtrent to ganger i måneden. Informant 4 og 9 oppga sosial angst og opplevelsen av å være stigmatisert som hovedgrunn til at de sjelden dro til NAV. De hadde likevel kontakt av økonomiske grunner. Det kan bemerkes at svarene på dette spørsmålet, muligens hadde vært annerledes dersom brukerne ikke hadde oppfølging fra ATT.

Informant 3, 6 og 7 sa de hadde behov for kontakt omtrent en gang i måneden. Informant 3 og 7 var begge i en situasjon hvor de hadde behov for mer kontakt med NAV med hensyn til jobb og behandling. Informant 3, som trengte dekning av busspenger til jobb, oppga at han var fortvilet over at han ikke fikk svar på henvendelse om dette.

To av informantene nr. 2 og nr. 8 svarte sjeldnere enn en gang pr. måned på dette spørsmålet. Informant 2 hadde hatt mer kontakt tidligere, da hun var under utredning og da hun fikk hjelp i forbindelse med flytting til ny bolig. Hun hadde ved intervju tidspunkt mindre kontakt, noe av dette skyldes og at hun hadde tett oppfølging fra en ansatt i ATT. Informant 8 var i bolig med oppfølging og noe av kontakten gikk via boligen.

Resultatene viste at to brukere ikke hadde møtt sin saksbehandler, (informant 5 og 8). Tre av informantene 1, 3 og 9 sa de hadde møtt sin saksbehandler, men ikke det siste året. De andre hadde møtt saksbehandler fra en til fem ganger. Informant 7 svarte at han hadde møtt sin saksbehandler fem ganger det siste året.

Tilgjengelighet til egen saksbehandler

Når det gjaldt å nå frem til egen saksbehandler via telefon, og i hvor stor grad de opplevde at deres saksbehandler ringte dem opp igjen, skilte nr. 5, 6 og 7 seg ut ved at de ofte kom frem til sin saksbehandler og at denne personen også ofte ringte de tilbake. Det kan bemerkes at informant 6 oppga sjelden å ha ringt, da han var på institusjon. To av de yngste informantene 1 og 2 opplevde at NAV ofte ringte dem tilbake. Informant 8 og 9 svarte at de opplevde at NAV sjelden ringte de tilbake. Det kan nevnes at nr. 9 mente hun ikke kunne svare så godt på dette spørsmålet fordi det var så sjelden at hun selv ringte NAV. Hun ringte oftest sammen

med noen. Informant 3 var mest negativ og svarte at han aldri nådde sin saksbehandler på telefon og at denne personen sjelden ringte ham tilbake. Informant 3 var frustrert over dette. Han var i en økonomisk vanskelig situasjon og det forverret irritasjonen.

Hva brukerne savnet i tilbudet fra NAV

Brukerne fortalte at de ønsket lenger telefontid hos NAV, da dette ville gjøre det lettere å ringe saksbehandler og således forbedre tilgjengelighet. De oppga også at rask hjelp var viktig, og at ventetiden burde kortes ned. I saker hvor vi som ansatte har bistått bruker, har vi opplevd at ansatte i sosialhjelp avdelingen ikke har kommunisert internt med avdelingen for AAP. Denne mangelen på kommunikasjon internt i NAV, har noen ganger ført til lange forsinkelser i saker, hvor bruker har hatt behov for hjelp. Flere brukere har vært berørt av dette. Større grad av oppfølging ble også etterlyst som et behov. Informant 3 sa han ikke synes NAV har gitt han noe oppfølging. Han forklarte at han hadde forstått det slik at NAV har som oppgave å tilby oppfølging og dette savnet han. Flere var opptatt av verdighet, personlig kontakt og omsorg. De oppga at det var viktig å bli møtt med mer imøtekommenhet. De følte seg stigmatisert som rusmisbrukere og som psykisk syke, noen hadde hatt fengselsopphold og også dette tynget og hadde vært med på å senke deres selvbilde.

Oppfølging fra ATT

Spørsmål nr. 6 og 8. tok for seg hvordan informantene opplevde hjelpen fra ATT. Informant 3 og 8 nevnte at ATT hjalp de med kontakten med NAV. Tilbudet har vært en frivillig, individuelt tilpasset tjeneste. Informant 3 opplevde kommunikasjonen med NAV som belastende og har derfor hatt et tydelig behov for at ATT har støttet og lettet informasjonsflyten. Ellers oppsummerte svarene at klientene har satt pris på de tjenestene og aktivitetene som har vært tilbudt, og at det hadde resultert i økt trygghet, og det var viktig. Brukerne ga inntrykk av at de har fått en type hjelp de opplevde at de behøvde.

Kontakten med NAV informasjon fra Intervjuene

Et flertall av informanter sa at de opplevde å ha lite kontakt med NAV. Informant 7 hadde mest kontakt og var positiv til NAV. Han fortalte at han akkurat hadde fått ny saksbehandler, og at saksbehandleren han hadde tidligere var veldig hyggelig.

Når vi snakket videre om dette, kom det frem at han hadde hatt perioder tidligere hvor han opplevde kommunikasjonen som mer vanskelig. Han sa om dette, *”men det var jo min feil da, for jeg rusa meg veldig mye og glemte å sende inn meldekort.”*

Han fortalte at han dro ned dit for å ordne opp ved noen anledninger;

”jeg pratet med de i mottaket. De snudde pcen og viste meg og ordnet det.”

Han fortalte at han slet i denne perioden, men at moren hjalp han med å kommunisere med NAV. *”Og så går det stort sett i orden, ja det hjelper å tenke det.”*

Informant 3 var negativt innstilt til NAV. Han fortalte at de aldri ringte han tilbake;

”Jeg ringer de sjelden, og de ringer meg aldri, den eneste kontakten jeg har med dem, er den kontakten jeg har med Progress, at en ansatt hos dere har ringt og pushet på saken har hjulpet meg.”

”det er helt på tryne å ha to kontakter i et system som er såpass dårlig. Det gjør det jo bare enda vanskeligere både for dem og for meg.”

Han fortalte at han søkte statlig bostøtte og at han ikke fikk noe svar. Da tok han kontakt med sin primærkontakt i ATT, Progress og sammen tok de en ringerunde. Det viste seg at søknaden var blitt rotet bort.

”Jeg hadde jo ventet i tre måneder og måtte søke på ny, men at de klarte å rote bort papirene mine når jeg kommer med en fra ATT, det er veldig dårlig.”

Han fortalte at han ikke fikk noen beklagelse for rotet, og at det ble opplevd som at de dyttet ansvaret for feilen over på han.

Informant 7 som var positiv fortalte at han tidligere hadde hatt både telefonkontakt og at de hadde hatt møter også ute av kontoret.

”Jeg jobba en liten periode og da kom hun ofte opp dit og vi hadde også møter ved NAV Sandvika så... det er vel den perioden vi møttes oftest ansikt til ansikt da.”

Informant 1 og 9 var også noe misfornøyde. Informant 9 opplevde å ikke føle seg møtt på en hyggelig måte. Hun sa at de fikk henne til å føle seg som den narkomane som kom inn, og at det på møtet var som om det var mye viktigere at de fikk sagt mye som de skulle si. Hun opplevde derfor at de ikke lyttet til det hun hadde behov for å fortelle.

Informant 1 syns at det var vanskelig å få rask hjelp, og opplevde å vente i kø og har opplevd å bli avvist i forholdt til nødpenger rett før helgen, selv om han ikke hadde spist på et par dager.

Informant 5 og 6 svarte som Informant 7 at de ofte fikk kontakt med sin saksbehandler.

Informant 6 var på institusjon og hadde derfor mindre kontakt med NAV, da mye ble ordnet direkte fra avdelingen han var på. Informant 5 reflekterte og fortalte at han ikke syns noe om sentraliseringen som skjedde i samfunnet. Han fremholdt at nedleggelse av lokale kontorer hadde vært ugunstig for han, da det hadde gitt lang reisevei til NAV i Sandvika, og det gjorde det mye vanskeligere å dra dit.

Brukerne sin posisjon og situasjon

Informant 4 mente det har vært veldig personavhengig;

“Jeg har ikke så mye kontakt med de.... det er en fyr der som det går an å snakke med. Han er jævlig kul altså.”

Han nevnte denne ansatte som et eksempel på en som lyttet og tok seg tid. Han beskrev at han med unntak a denne mannen, syns det var vanskelig å snakke med de ansatte i NAV, da han følte seg stigmatisert.

“Jeg skulle for eksempel levere et brev, men måtte skynde meg, for jeg skulle rekke banken før den stengte. Jeg ba om å få levere et brev, men fikk nei....da sa jeg at om ikke du tar det nå så lager jeg et helvete!!!”

“Fikk du levere brevet når du sa dette til damen i mottaket?”

“jada, det hjalp, hun tok brevet med en gang.”

Når vi snakket mer rundt denne hendelsen, kom det frem at han tenkte at det ville tatt henne to sekunder å ta imot brevet og legge det i posthylla. I og med at han selv var i en så vanskelig situasjon mente han at hun burde ha overskudd til å være behjelpelig.

“hun som sitter i NAV er jo i en alright situasjon, har jo en jobb og har ikke noe rusproblem....så hun burde jo oppføre seg ok. Hun er jo ikke en fucket opp rusmisbruker med mange problemer...så det er jo hun som må oppføre seg alright. Det er hennes jobb.”

”Er det viktig for deg å bli behandlet respektfullt?”

“Ja og på en ikke dømmende måte.”

”Opplever du at det som er viktig for deg blir tatt hensyn til;”

“Ja hvis jeg er truende nok...”

Han forklarte at han syns kverulerende mennesker ikke burde jobbe der, for hvis de snakket slik til feil person, og en syk person fikk for mye da kunne det gå ille.

Informant 9 var også inne på dette med hvordan hun følte seg;

”Ble du sett og hørt på møtet?:”

“Nei, nei jeg følte meg som en narkoman, som ikke hadde så mye å si egentlig. Men ja mmm.”

“Ja jeg tror ikke man føler seg så velkommen der, ja for de visste jo hvilken bakgrunn jeg hadde, så ja så det var ikke så hyggelig da”

Informant 3 beskrev sin opplevelse:

“NAV skal jo være et sted man får hjelp og støtte, og når en ikke føler at en kommer igjennom...så blir man trykt ned og jeg føler meg veldig nedtrykt av NAV.”

han sa at han ikke opplevde at hans behov ble anerkjent av NAV.

Informant 2 hadde en annen oppfatning:

”Jeg syns ikke de er spesielt dømmende når du møter de, de stiller jo de vanskelige spørsmålene som de må stille....pause Jeg syns i alle fall at den kontakten jeg har hatt har vært veldig hyggelig.. og ja mmm....de vil gjerne hjelpe deg, de vil det beste for deg”

Om hjelpen fra ATT, i møte med NAV:

”Det jeg syns har vært fint er at jeg har hatt med meg en kontaktperson fra ATT også, og det har hjulpet, for hvis jeg hadde sittet der alene med en NAV ansatt som jeg ikke hadde møtt før, så hadde det sikkert vært vanskeligere.”

Informant 7 forklarte at han i en situasjon for ett år siden, hvor han så seg selv som en som rusa seg og gjorde mye feil, likevel fikk støtte og hjelp fra NAV:

”Da jeg rusa meg for et år siden var det mye tull og sånn. Jeg tok ikke telefonen og glemte møter og sånn og sjekka ikke posten og selv da... ja de kasta meg aldri vekk, de hjalp meg videre og det er jeg kjempeglad for.”

Han fortalte noe mer rundt dette, og det kom frem at han også hadde mye hjelp fra sin mor og at de sammen hadde dratt til NAV for å få ordne opp i problemene som han trengte å løse.

God hjelp sett fra brukerens ståsted

De sa at rask hjelp var god hjelp. De fleste av informantene var også inne på dette at det var mye ventetid i forbindelse med NAV, og at det var en belastning. Informant 2 hadde opplevd å få rask hjelp i forbindelse med flytteprosess, og det var hun takknemlig for. Flere andre hadde opplevd at det var vanskelig å få hjelp i forbindelse med bolig. Informant 3 ønsket seg raskere behandlingstid på søknader. Dette var noe alle samtykket i, og de oppga mye stress og opplevelse av nedvurdering i forbindelse med avslag på søknader. Informantene var opptatt av at det hadde vært bra å ha ett menneske å forholde seg til over tid. De synes det var forvirrende med så mange mennesker. Andre informanter bemerket at det var vondt å snakke om ting så mange ganger. Det var dessuten slitsomt når man hadde noe viktig man ville løse, og så måtte historien fortelles enda en gang.

Nr. 4 mente at de ansatte i NAV burde kommunisere mer med hverandre;

”Det var vel det som var poenget med å slå det sammen, var det ikke?”

Og han sa at det burde være lettere å nå de i telefontiden. Han synes at telefontiden burde vært lenger og således åpne for at det var lettere å ringe saksbehandler. Han ga også et eksempel på en ansatt som var veldig hyggelig å prate med, det var viktig.

”Hva var som gjorde at du opplevde at kommunikasjonen var så bra mellom dere?”

”Han skjønte meg så jævlig godt.”

”han skjønte deg?”

”Ja vi var helt på bølgelengde. Han tok seg tid til å prate med meg”

Informant 5 mente at NAV burde bli mer desentralisert:

”Jeg syns det er feil at Norge kopierer USA og sentraliserer så mange steder. Vi burde heller desentralisert for å sikre kvalitet på tjenestene. Slik tilbudet er lagt opp nå må de svakeste i samfunnet, som er avhengig av tjenester, bevege seg over store geografiske avstander og lese seg opp på et tungt regelverk. Man må nesten kunne mye juss å så mye paragrafer ehh, at det nesten er et studium å sikre egne rettigheter.”

Han sa også: *”Arbeidskontor og sosialkontor er jo helt forskjellige ting.”*

Når jeg spurte hvilke konkrete forbedringsforslag han hadde, sa han:

”Mindre enheter, lokalkontor og mer ansikt til ansikt kontakt. Slik man får nærmere lokal tilknytning, det trenger ikke være store kontor, men flere små.”

Ved videre samtale om dette, hadde han eksempel på hendelser som hadde vært vanskelige og som gjorde at han mente flere lokalkontor var mer brukervennlig.

Informant 4 nevnte også at han syns NAV kontoret i Sandvika var for stort. Han hadde en annen grunn for å ønske at det var mindre. Hans sosiale angst gjorde det vanskelig å bevege seg inn dit.

Informant 6 syns de kunne jobbet mer med å finne gode rutiner, gått på kurs og sørget for kompetanseheving for de ansatte. Han sa om de NAV ansatte:

”det er vanskelig å være motivert når man får mye kritikk.”

Han sa at han hadde forståelse for at det var vanskelig å være motivert i jobben i NAV. Han sa at det var veldig viktig at personen han ringte ved NAV hadde et blidt og hyggelig tonefall.

Informant 7 synes det var fint når NAV ansatte ga beskjeder via tekstmelding, det fungerte godt for den kommunikasjonen han hadde. Han syns ellers at vedtakene fra NAV var for tunge og ordrike. Han sa rett ut at han ikke forsto hva han mottok:

”Stort sett forstår jeg ikke hva de skriver til meg. Nå har jeg dysleksi men...”

Informant 8 Sa at det hadde vært bra om det fantes en person, et ansikt han kunne forholde seg til. Han fortalte at han synes det var belastende å måtte rippe opp i ting om og om igjen.

Informant 9 meddelte at hun oftest kommuniserte med NAV sammen med en trygg person.

Hun sa at hun ikke opplevde å bli lyttet til. Og sa om det å lytte:

”Ja, det må nok NAV øve seg på.”

DISKUSJON

Kontakt og kommunikasjon med NAV

Det gjennomgående svaret jeg fikk fra informantene var at de ikke hadde noe særlig kontakt med NAV. De andre svarte at de helst ville ha minst mulig med NAV å gjøre av ulike grunner. Det var kun en av informantene, informant 7 som fortalte om hyppig og nær kontakt med sin NAV kontakt.

Hvordan kan denne informasjonen forstås? En mulig årsak er at det å kontakte NAV, når du er syk og har sammensatte problemer, er et tiltak som krever en grad av både mot og pågangsvilje, som denne gruppen mangler. En av informantene sa at hun aldri ringte NAV alene. Hun led av kognitiv svikt og jeg kunne merke i samtale med henne at det var nødvendig at jeg snakket langsomt og noen ganger forklarte om igjen hva jeg mente. Jeg tolket dette som at hun hadde nedsatt evne til å kunne forstå det jeg formidlet. Hennes diagnose understøttet dette. Det er derfor sannsynlig at hun kviet seg for å ringe, da hun ikke så lett verken kan forstå, eller gjøre seg forstått pr. telefon. I denne sammenheng vil jeg henvise til GAP teorien som synliggjør utfordringene som oppstår når det er for stort skille mellom det samfunnet forventer av klienten og hva klienten i realitet er i stand til å klare selv.

Det at saksbehandler har tid til å snakke med bruker fremkom som viktig, og når den ansatte var imøtekommende og viste forståelse, fungerte kommunikasjonen lettere. Som nevnt i litteraturgjennomgangen er maktforholdet mellom bruker og ansatt ulikt, og det er derfor nødvendig at den ansatte møter bruker på en måte som inkluderer og anerkjenner brukers synspunkter og behov (Askheim og Starrin, 2008).

Ulikt nivå av kommunikasjonsferdigheter

Jeg ba brukerne om å reflektere over sin egen rolle og hjelpers rolle i samspillet med hjelpeapparatet, og noen av dem viste forståelse for hvor vanskelig det kunne være å yte hjelp. Et interessant punkt var at de så personen som hjelper, og mange hadde erfaringer som tilsa at hjelpen de fikk var personavhengig.

Informant nr. 2:

”jeg syns ikke de er noe spesielt dømmende når du møter de, de stiller jo noen av de vanskelige spørsmålene de må stille... pause”

I denne uttalelsen viste informanten at hun opplevde den NAV ansattes måte å kommunisere på med henblikk på jobben de skulle gjøre. Hun antok at de trengte å spørre noen ubehagelige spørsmål for å kunne utføre jobben sin.

Hun var i møte med NAV for å be om hjelp til noe, og hun tilpasset seg rollen som den vennlige samarbeidsvillige brukeren. Dette gjorde hun kanskje både fordi hun ville tilfredsstille de forventningene som ble satt frem, og også fordi dette var forventninger hun kunne mestre. I dette møtet klarte hun å tilpasse seg, og opplevde at hun mestret situasjonen.

Et eksempel på et møte der bruker opplevde ikke å strekke til, var møte mellom NAV og informant nr. 9. Hun sa blant annet dette;

“Nei ...nei jeg følte meg som en narkoman, som ikke hadde så mye å si egentlig. Men ja mmm.”

Jeg tolker dette utsagnet som at hun følte seg direkte stigmatisert. Hun visste at de hadde informasjon om henne og hun opplevde å være i rollen som den narkomane. I og med at det var slik hun følte det når hun gikk inn på møtet, stilte det ekstra store krav til at den ansattes evne til å behandle henne nøytralt. I tråd med teorien til Goffman, kan det tenkes at kommunikasjonen ble vanskeligere, fordi informant 9 opplevde å bære med seg et stigma.

Informant nr. 2 hadde som utgangspunkt at NAV trengte opplysninger fra henne og om henne. Hun forventet at de skulle innhente informasjon og hun tilpasset seg, og ga de rom for at de kunne gjøre den jobben. Informant nr. 9 på den annen side, hadde ikke det samme perspektivet. Hun var ikke bevisst på hvilke jobb NAV skulle utføre. Hun hadde fokus på seg selv og egne behov. Hun hadde angst og bekymret seg over alt NAV visste om henne. Hun hadde på grunn av dette vanskelig for å få med seg informasjonen fra møtet. Hun lurte på hvorfor de ikke lyttet til det hun hadde på hjertet. I og med at hun var så var for dette, førte møtets form til at hun lukket seg og ikke kom frem med de spørsmålene hun hadde. Hun opplevde at NAV uansett ikke var så interessert i hva hun hadde å si.

Observasjoner ATT har med denne klienten er at hun har behov for langsiktig oppfølging og vi har erfaringer som tilsier at det er mange flere som har behov for slik oppfølging, fordi de

ikke klarer å forholde seg til systemet alene, da systemet krever høy grad av involvering, eget initiativ og avanserte kommunikasjonsferdigheter.

Fattigdom og personavhengig hjelp

Informant 6 reflekterte også over jobben som NAV ansatte gjør. Han sa at han synes de NAV ansatte kunne vært i behov av et motivasjonskurs. Han sa dette på grunnlag av informasjon han hadde fra media og ut fra egen erfaring. Han fortalte om en hendelse som han opplevde som vanskelig.

”Den beskrivelsen jeg ga tidligere var en situasjon der jeg ble veldig bekymret. To måneder gikk uten at jeg mottok noe lønn, og på den tiden var det svære lange køer i NAV for å få rette opp dette. Jeg måtte bare vente.”

Vi snakket videre om dette, og han fortalte at han var heldig som var på institusjon da lønnen uteble. Dette gjorde at saken ble ivaretatt. Han viste under samtalen at han likevel hadde blitt dypt bekymret og sov dårlig på grunn av dette. Han opplevde en utrygghet i forhold til at han ikke fikk noe informasjon fra NAV, og han hadde opplevd informasjon fra institusjonen hvor han var innlagt, som mangelfull.

Informant 1 som leide leilighet, hadde opplevd forsinkelser fra NAV, som hadde fått mer alvorlige følger. Han hadde AAP og fikk utbetalt lønn fordelt tre ganger i en måned. Når han skulle betale husleie den første i hver måned, og summen han skulle betale i husleie oversteg summen som ble utbetalt x 3, oppstod det problemer. Automattrekk kunne vært en løsning, men det hadde også oppstått feil da, på grunn av at utbetalingsdato var variabel, og klienten kom derfor på etterskudd med innbetaling til huseier.

Glemmer klienten i tillegg å sende inn meldekort i mer enn ni dager, mister han/hun lønn for de dagene. Erfaringsmessig kan det å glemme dette kun en gang i løpet av et år, få veldig uheldige konsekvenser. Dette er en selvbetjeningsløsning som ikke er tilpasset til de dårligste klientene, og konsekvensene det medfører oppleves som straff.

I og med at ROP brukere lever på fattigdomsgrensen, merkes straffen ekstra godt. I boken *Fattigdommens psykologi – teori og drøfting*, (2005) skrev Kjell Underlid, om de fattige i Norge. Han var inne på behovsblokkering og frustrasjon, og hvilke psykologiske reaksjoner

det kunne fremkalle, når en ikke fikk dekt viktige behov. En reaksjon var at psykologiske forsvarsmekanismer ble satt i sving. Han mente at det ved fattigdom lett oppstår situasjoner hvor man ble deprivert for noe, og at det da var naturlig å reagere med frustrasjon. Det er viktig å ha dette utgangspunktet, hvis en vil forstå følelsesmessige reaksjoner hos fattige (Underlid, 2005).

Situasjonen for NAV ansatte er at de har mange klienter å følge opp, tall jeg har fått høre varierer fra 30 brukere til langt flere enn 30. Situasjonen for ATT, var maksimum 10 klienter per ansatt, altså mulighet for tettere oppfølging. NAV ansatte har ikke alltid tid til å delta på møter med ROP klientene. En av brukerne i ATT, hadde en NAV ansatt som kontakt, med 50% stilling, og på grunn av dette ble det sagt at det ikke var mulig å møte bruker ansikt til ansikt. Inntrykket jeg har er at hovedgrunnen til dette har vært stort tidspress i NAV. Sett fra en tidspresset stilling i NAV, har ROP brukere rollen som den krevende klienten. I og med at disse klientene bærer med seg alle problemene med bolig og økonomi, kan den ansatte ha ekstra mye saksarbeid med denne gruppe klienter. Regninger som ikke er betalt, fra ulike steder er et eksempel. Tannlege, noen ganger akutt som skal dekkes av NAV. Det kan i perioder genereres mye arbeid for den NAV ansatte, særlig dersom samordningen rundt klienten svikter. Da har det hendt at saker har blitt sendt frem og tilbake, inntil man ble enig om hvem som hadde ansvaret. Selv om flere av ATTs brukere har opplevd at deres kontakt i NAV, sjelden har vært tilgjengelig for møter, fins det unntak for dette.

Inntrykket jeg fikk når jeg snakket med nr. 7 var at han hadde dannet et positivt bilde av sin kontaktperson i NAV og at hans forventning var at hun skulle ringe han tilbake så snart hun var ledig. Han hadde dessuten hatt mulighet til å møte sin saksbehandler ansikt til ansikt når det var nødvendig.

Det motsatte var tilfelle for informant 3. Han hadde en skade etter en ulykke og trengte hjelp både på grunn av dette og på grunn av sin rusavhengighet. Han hadde lagret noen hendelser i sin hukommelse som gjorde at han ikke følte at han ble møtt på en skikkelig måte i NAV systemet. Han opplevde så stor motstand at han ble sliten og motløs ved tanken på å skulle ta kontakt med NAV. En måte å forstå dette på er at hjelpen var personavhengig.

Hva gjør ulik behandling og det som oppleves som straffende eller dårlig behandling med ROP brukere? De er jo allerede langt nede, de har allerede et stigma knyttet til seg. Flertallet

av de ni jeg intervjuet nevnte det at de ikke følte seg sett og hørt og at de fikk en følelse av å være uverdig behandlet. De opplevde å ha et sosialt stigma knyttet til seg, hvor visse personlighetsegenskaper forbundet med rusmisbruk, vilkårlig ble forbundet med dem. De var klar over at de tilhørte en gruppe som de fleste mennesker evaluerte negativt. Kjell Underlid (2005) viste at sosialklienter sannsynligvis var en gruppe mennesker som det ble knyttet negative *stereotypier* til. Michael A. Hogg og Graham M. Vaughan, (2005), viste til at stigmatiserte grupper var devaluert i og av samfunnet, noe som igjen var forbundet med lav status og lite makt. ROP brukere forventet ikke at hjelpere skulle lytte til deres meninger og ta de på alvor. Når dette likevel skjedde, ble det godt mottatt og det var noe som umiddelbart hadde positiv virkning. På den annen side, fins det historier om brukere som bevisst har forsøkt å lure systemet for å oppnå økonomisk hjelp som de ikke har hatt grunn til å få. Den klassiske ROP brukeren, ser heller ut til å være i en underlegen posisjon, hvor de noen ganger mottar mindre enn det de har krav på. Hva er årsakene til det? En grunn har vært at de ikke har ressurser til å innklage feil. Helsetilsynets landsomfattende undersøkelse av sosiale tjenester, avdekket at rusmisbrukere i liten grad mottar de sosiale tjenestene de skal ha (På helsa løs, 2006).

God og tilpasset hjelp

Med sine ni historier viste informantene hvor ulike de var og samtidig at de hadde noen fellesnevnerne. De var alle opptatt av å bli tatt på alvor. De beskrev hverdager som i perioder hadde vært preget av kaos, sorg, frykt, ensomhet, vold, motløshet og uro. Personer som er diagnostisert med avhengighetsproblemer har mye høyere livstidsprevalens for andre psykiske lidelser (Flores, 2004). Et funn viste også at mange av de diagnostiserte emosjonelle og psykiske helseproblemene forsvant eller minsket når personen sluttet med å ruse seg eller når rusinntaket var redusert (Miller og Brown, 1997).

ROP brukere fortalte at de ofte har følt seg avvist, og derfor skulle det lite til for å igjen fremkalle følelsen av avvisning. En strategi de selv benytter når de trenger å beskytte seg, var nettopp tilbaketrekning. ROP brukere med relasjonsskader har nedsatt evne til å relatere til andre, (Flores, 2004). Hva fortalte de selv om dette? De oppga at de hadde behov for en trygghet som de opparbeidet når de hadde kontinuitet i kontakt med en hjelper over tid. Hvordan ble hjelpen best mulig? Hjelpen ble opplevd god når den som hjalp var genuin og virkelig så bruker, med både bagasje og ressurser. I tråd med Kåver, hvor hjelperen har et

nøytralt utsiktspunkt, og samtidig er trygg nok til å sette grenser og ta opp det som er vanskelig.

Brukerne sin posisjon og situasjon

Nr.3 beskrev sin opplevelse:

“NAV skal jo være et sted man får hjelp og støtte, og når en ikke føler at en kommer igjennom...så blir man trykt ned og jeg føler meg veldig nedtrykt av NAV.”

Informanten opplevde at han gang på gang stanget hodet i veggen når han skulle be om noe fra NAV. Han hadde et bilde av de som uvennlige og lite hjelpsomme. Han så seg selv som et offer som måtte kjempe for å bli hørt. Dette bildet ble forsterket av at de han møtte på NAV var strenge og lite lydhøre for det han hadde å formidle. Han opplevde å være i en posisjon der han måtte forsvare seg selv, og dette igjen førte med seg depresjon og tunge tanker. Forskning har vist at personer i stigmatiserte grupper, internaliserer andres negative syn, noe som fører til dårlig selvbilde (Hogg og Vaughan, 2005).

Etter at informant 3 hadde samtaler med en ansatt i ATT teamet, gjorde hun han oppmerksom på hva han hadde rett på og hvilke ting han ikke kunne forvente fra NAV. Det er vanskelig å vurdere fra mitt ståsted, men det kunne virke som dette gjorde situasjonen og kommunikasjonen mer balansert.

Han fikk også hjelp til å ta kontakt med NAV og følge til møte der, slik at han følte seg trygg i situasjonen. Dette lettet noen av kravene til brukeren og det at han hadde en teamansatt som hjalp, gjorde at han følte han fikk støtte. Jeg vil antyde at denne type hjelp er uvurderlig slik systemet nå er bygget opp. Jeg har også erfaring med at uten denne type hjelp til kommunikasjon, faller klientene ut, fordi kravene er for store og de klarer ikke å prestere på det nivået som det er lagt opp til. Det betyr ikke at dette gjelder alle, som nevnt er dette en heterogen gruppe og det fins mange unntak.

Informant 7 har opplevd å få viktig støtte fra NAV, og har følt seg i en trygg posisjon.

”Jeg har akkurat fått ny saksbehandler. Hun andre jeg hadde var veldig behjelpelig. Jeg kom frem til henne på telefon og kunne sende tekstmelding og...”

”det var jo veldig lurt...”

”mm..ja”

”tilgjengelig?”

”Ja veldig, jeg har en positiv opplevelse”

”har du mest telefonkontakt eller møter du de også face to face?”

”Ja jeg har møtt de”

”Jeg jobba en liten periode og da kom hun ofte opp dit og vi hadde møter ved NAV i Sandvika så... det er vel den perioden vi møttes mest ansikt til ansikt da”

Jeg fikk inntrykk av at nr. 7 syns det var lett å kontakte NAV. Han opplevde at de ville ivareta han, og det virker som de har gjort det. Han har fått ordnet det han har hatt behov for, og i perioder hvor han har vært mer ustabil, har de ikke sluppet han, men holdt tråden. Hva er årsaken til dette? Hvorfor har han opplevd mer støtte?

Det kan nevnes at informant 7 er ung, og han har et vinnende vesen. Han er svært høflig og positiv. Han viser takknemlighet og møter de fleste situasjoner med et åpent sinn og med et smil.

Informant 4 syns det var vanskelig å dra til NAV.

”deres jobb er ikke å fordømme andre, tenke at han har ikke det og han ruser seg.... Tror de det er så gøy å ruse seg, tror de at de vet noe om hvorfor jeg startet med det?”

Han sa også:

“hun som sitter i NAV er jo i en alright situasjon, har jo en jobb og har ikke noe rusproblem....så hun burde jo oppføre seg ok. Hun er jo ikke en fucket opp rusmisbruker med mange problemer...så det er jo hun som må oppføre seg alright. Det er hennes jobb.”

Her viste informanten at han så seg selv i en vanskelig situasjon, og at dette burde legitimere at han har noen dårlige dager. Når det gjaldt den NAV ansatte, mente han at hun burde yte service på en vennlig og ikke dømmende måte.

Denne informanten har vært i en veldig presset livssituasjon, der han både har hatt problemer i forhold til bolig og han har hatt andre traumatiske opplevelser det siste året hvor han har følt

seg veldig stigmatisert. En periode klarte han ikke å bevege seg ut av boligen på grunn av dette. Han har derfor ikke mye å gå på når han kommer inn døra hos NAV.

Hans holdning var preget av de tingene han hadde opplevd, og noen ganger så ventet han bare på en provokasjon. Han bærer på dyp frustrasjon og gjentatte skuffelser gjør at han ikke stoler på systemet. Han beskrev det slik at noen ganger økte kaoset og trykket inne i han, og da ville han ved det minste press eksplodere. Han har forklart at det ble som en utladning, og han følte seg roligere senere.

ATT teamets erfaring i møte med ansatte fra NAV er at mange ansatte raskt lar seg skremme i situasjoner med utagering. De kjenner ikke klienten personlig og har heller ikke forutsetning for å forstå hans/hennes kompliserte tilstand. Dette betyr ikke at de reagerer feil. De fleste i NAV gjør en god jobb ut i fra de rammene de er underlagt.

Det jeg ønsker å belyse er at i møtet mellom ROP brukeren og den NAV ansatte er det stor mulighet for kommunikasjonssvikt. Denne kommunikasjonssvikten hviler til en viss grad på brukerens bilde av seg selv og systemets bilde av ROP brukeren. De som jobber i systemet har det ikke nødvendigvis så lett heller. De sitter i en jobb der de skal følge opp mange saker og menneskene de møter hver dag har svært ulike problemer. Gruppen med ROP brukere er en undergruppe av et stort antall saker. Forskning viser at det i systemet er forutinntatte holdninger til gruppen med ROP brukere (Rao, et al, 2009). De observasjoner ATT har gjort tilsier at det også i NAV finnes stigmatiserende holdninger hos noen ansatte. ROP brukerne har gjentatte ganger møtt stengte dører og nedvurderende holdninger flere steder i hjelpeapparatet og dette påvirker også sterkt hvordan de ser seg selv. Holdningen hos brukerne overfor systemet er igjen preget av mistro, og liten tro på systemet som helhet (Evjen et al., 2004).

Kommunikasjonen hviler således på en noe utrygg grunnmur. ATT har erfart at NAV er bygget opp slik at en i stor grad henvender seg til den ressurssterke klienten, den som kan ordne ting på data og som forstår selvbetjeningsløsningene, som kan lese og sette seg inn i egne rettigheter og som kan kommunisere tydelig og høflig per telefon. Ikke noe av dette er lett for en gjennomsnittlig ROP bruker, og for noen oppleves dette som helt umulig. For tre av brukerne som vi følger opp, har noen møter hos NAV eller ved andre instanser endt med utagering hvor de forlot møtet i frustrasjon.

Trusler og vold

Dette fører over til tema trusler og vold. Noe av stigma knytter seg til at ROP brukere er ustabile og voldelige. Enkelte i gruppen med ROP brukere opptrer med et snevert handlingsmønster når de møter motstand. Jeg vil i denne sammenheng minne om artikkelen til Mohaupt og Duckert som knytter traumer og vold til barndommen til noen brukere. Erfaringen i teamet etter samtale med ROP brukere, er at flere har opplevd traumer i barndommen. Brukere med opplevd traume og usikker tilknytning og som således har relasjonsskader, handler i noen situasjoner som bøller, viser ukontrollert temperament og skremmer omgivelsene. Dette har vi observert i prosjektperioden. I en til en samtale med disse brukerne viser de hvor sårbare de føler seg, og hvor redde de er på innsiden. Frykten de bærer på skjuler de godt i slike situasjoner. Det som fremtrer for andre mennesker, som for eksempel de ansatte ved NAV, er en ustabil og potensielt farlig person. De observasjoner vi har gjort tilsier at mange situasjoner med utagering har utspring i dialog mellom bruker og NAV, der søknader som har innvirkning på deres økonomi er involvert.

Den svake parts makt

Brukeren beskriver at de føler avmakt i møte med systemet. Her vil jeg trekke inn Eva Dalsgaard Axelsens begrep «den svake parts makt» (1997). Mennesker reagerer slik at de kan klare påkjenninger best mulig. En person kan slik bli sterk i form av sine symptomer. Kontroll over symptomene synes å være omvendt proporsjonal med kontroll over interaksjonen med andre. Jo mindre kontroll en klarer å ha over sin egen respons, jo mer tar man kontroll over sin kommunikasjon med andre ved hjelp av psykiske symptomer. Jo mer upåvirkelig en gjør seg ved å beskytte seg, jo mer syk er det sannsynlig at personen er (Dalsgaard Axelsen, 1997).

Ved at klienten har behov for å beskytte seg selv, vil de kunne fremstå som både usympatiske og krangete. Svingninger mellom barnslig atferd og foraktfull avvisning av hjelp gjør at de som skal gi hjelp blir slitne. Det som kan motvirke at hjelperen blir motløs er kunnskap om hva som aktiverer denne atferden (Evjen et al., 2004). Det skal noen ganger lite til i slike situasjoner for å snu det til noe mer konstruktivt. Et eksempel på dette er informant nr. 4 som sa:

”Han skjønte meg så jævlige godt.”

”han skjønte deg?”

”Ja vi var helt på bølgelengde. Han tok seg tid til å prate med meg”

Denne informanten er en av dem jeg intervjuet som følte seg sterkt stigmatisert, når han møter mennesker som den ansatte mannen han fortalte om, kan det snu hele dagen hans til noe mer positivt. Han setter uendelig pris på at noen tar seg tid og er interessert og genuint hyggelig. Gruppen av ROP brukere har vært mye utsatt for avvisning og de er særdeles sensitive til små tegn på akkurat dette. Det ligger sannsynligvis mye ubearbeidede følelser bak, og derfor kan reaksjonene bli forholdsmessig overdrevet sammenlignet med selve hendelsen.

Kontinuitet og et ansikt å forholde seg til

Grunnen til at jeg belyser utfordringen med utagerende reaksjoner er at disse reaksjonene fungerer som barrierer mot kommunikasjon og dermed motvirker det mulighetene brukerne har til å få hjelp. Ansatte som jobber i rusomsorgen venner seg til denne formen for atferd og noen vil beskrive det som rusatferd, andre som infantile reaksjoner. Denne type handlinger utfordrer omgivelsene i stor grad, og det oppstår mange ulike synspunkter i kjølvannet av slike hendelser, om brukeren det gjelder. Denne brukeren får så et stigma hengende ved seg, i tillegg til at han/hun er rusmisbruker. Ansatte rundt brukeren med et vedvarende utageringsproblem tillegger seg så ulike strategier for å hankses med *den vanskelige klienten*. Innen rusomsorgen venner en seg til den slags situasjoner over tid, og de fleste har en avslappet holdning til det. Når en slik hendelse skjer hos NAV, blir det snakket høyere om dette, og det fremkaller mye frykt.

Dette er situasjoner som kan låse seg helt, og brukeren har i perioder blitt utestengt fra NAV. ATT sin erfaring er at brukerne kommuniserer roligere når de har et ansikt å forholde seg til, en person de kjenner og som de er trygge på. Gradvis oppdages nye handlingsveier, og en kan finne rom for å prøve ut disse, og samtale om det etterpå. Dette er møysommelig arbeid som krever både tid og rom. De med et utageringsproblem utgjør kun en liten andel av ROP brukere, og deres atferd er synlig og således med på å definere hvordan ansatte i NAV og folk flest ser hele gruppen med rusmisbrukere.

Det er flere andre årsaker til at kontinuitet i oppfølging og det å kjenne de rundt seg er av betydning. I rapporten fra Den norske legeforening, *På helsa løs* (2006), som omhandler

rusmisbruk, ble det hevdet at kontinuitet i behandling var den ene faktoren som en forskningsmessig hadde funnet var av størst betydning dersom en skal få til gode resultater med ROP brukere. Det er evidens for dette også i Tillitspersonprosjektet, og det er også min erfaring etter å ha jobbet i team i tre år. Relasjonene vi har bygget opp fra start, danner grunnlaget for det vi kan oppnå videre (Høie og Sletnes, 2006).

Hvilke andre grunner er det så til at ROP brukere profiterer på å ha et ansikt å forholde seg til? Som jeg har forklart innledningsvis er dette en brukergruppe med et komplisert symptombylle og med en større hyppighet av kognitivt svikt enn i normalbefolkningen. De har også via sitt rusmisbruk en høyere grad av angst og depresjon. Slik NAV er organisert og slik mottaksfunksjonen er innordnet har mange brukere redsel for å få et angstanfall i mottaket. Det er stort, det er lyst, det er lang kø, og det er mye støy. Ett annet hinder for å komme dit er at de må bruke offentlig transport som de i utgangspunktet ikke klarer å benytte på dårlige dager.

En av brukerne informerte om, at ressursvake personer blir avvist om de ikke bærer med seg de riktige papirene som NAV etterspør. Da må de kanskje innom ligningskontoret for å ordne bostedsbevis eller de må ha med seg skattekort eller en kvittering de må fremvise. ROP brukere som opplever å bli avvist, har noen ganger en forventning om krig allerede før de går inn døra til NAV.

Når de kommer inn døra til NAV skal de takle kommunikasjonen med ulike mennesker som er på vakt og de kan håpe på at informasjonen de gir blir forstått riktig og kommer frem til deres saksbehandler. Denne saksbehandleren vet i noen tilfeller ikke hvem de er, hva slags skader de har og hvilke særlige utfordringer de bærer med seg. Ved å ha et ansikt å forholde seg til står de sterkere, noen er der og legger merke til om de ikke har det så bra. Noen er der og fanger opp at de faller ut av bolig eller behandlingsopplegg. Noen med erfaring og fagkompetanse kan være en støtte både når det gjelder å tolke informasjon som kommer skriftlig og muntlig fra NAV, og i tillegg en hjelp på møter eller for å gi skriftlig svar tilbake til NAV.

Som nevnt i informasjon om tillitspersonforsøket, har noen ansatte i prosjektet i andre kommuner vært ansatt i NAV. Det er altså ikke noe i veien for at den tette, langsiktige oppfølgingen kan gis direkte fra NAV til bruker. Denne formen for oppfølging, om den

kommer fra ansatte i ambulante team utenfor NAV, eller fra oppfølgingsenheter innad i NAV, vil jeg ikke gå nærmere inn på i denne oppgaven. Det materialet jeg har samlet i denne studien, gir innblikk i subjektive erfaringer fra brukere som tilsier at en mer tilpasset hjelp er nødvendig for ROP brukere. Kommunikasjonen fungerer mangelfullt i pr. i dag for flere brukere jeg har intervjuet. Dette indikerer at det kanskje er behov for å minske gapet mellom forventninger fra systemet og reell funksjonsevne. I rapporten fra den norske legeforening (2006), het det at dette kanskje var den minst tilpasningsdyktige brukergruppen, da de har dårlig eller manglende evne til å benytte tjenesteapparatet og flere lider av massivt funksjonssvikt (2006).

Fragmentert system

Utfordringen som har møtt brukerne i dette fragmenterte systemet har vært at det oppleves som uoversiktlig og derfor også mer utilgjengelig (Engman, 2008 s 22). Jeg har ved å intervju ROP brukere forsøkt å belyse deres perspektiv på hva de har behov for, og også gitt de mulighet til å si noe om hva som har vært vanskelig. Erfaring med å følge klient viser at de må være godt informert og trygge med bruk av datamaskin for å kommunisere med dette systemet. De må også være dyktige i møte med nye personer hver gang de trekker kølapp for å få en samtale. Det foreligger evidens for at ROP brukere ikke behersker dette godt.

Oppsummert viser funnene i denne studien at bare en av de ni brukerne jeg intervjuet har en tett og god kommunikasjon med NAV. Videre viser resultatene at noen av informantene har en opplevelse av at kommunikasjonen med NAV er en kamp. For disse brukerne er det en utfordring å skulle kontakte NAV. Fattigdommens psykologi, ROP brukeres kompliserte helsetilstand og sosiale stigma er viktige elementer som er med på å forme deres situasjon. Mine funn viser også at brukerne ikke syns det er viktig at det er en dør inn til velferd. De er langt mer opptatt av hva som møter de innenfor døra. Deres beskrivelse er følelsen av angst de har, i det store mottaket. Denne angsten omfatter alt fra å møte gamle kjente, når de selv er i en rusfri periode, til generell angst på grunn av selve utformingen av mottaket. De opplever at taushetsplikten kompromitteres ved at det er åpent og akustikk som gjør at personen rett bak de lett kan overhøre samtalen.

De ser sin posisjon som underlegen. De har over mange år vennet seg til å se seg selv som rusmisbrukeren og eksempelvis den schizofrene. De er sårbare i møte med et stort og relativt

nytt system som hele tiden endres. Gruppen med brukere jeg intervjuet har helt ulike forutsetninger for å klare kommunikasjonen med NAV. De velger også ulike løsninger når de er utfordret, noen trekker seg bort og blir passive. Noen velger å være utstrakt samarbeidsvillige. Andre igjen velger av og til en truende posisjon, da de har opplevd at det fører til at de oppnår det de trenger raskere. Eller så er det en dag da de ikke klarer å reagere annerledes, begeret er fullt og det flommer over. De ser den ansatte i NAV i en heldig posisjon. De ser den NAV ansatte som en som har et stabilt og godt liv. De hører om noe av kritikken mot NAV, og har forståelse for at de ansatte der er under stort arbeidspress. Brukerne er misfornøyd med at de NAV ansatte i ulike deler av NAV ikke kommuniserer seg i mellom internt. De bemerker også at de ikke lett kan forstå brevene fra NAV, som er svært ordrike og vanskelig formulert. En av informantene har dysleksi, men flere andre sliter også med å forstå brevene. De nevner også at det er lenger vei til NAV og at det er kostbart å ta offentlig trafikk, og noen ganger klarer de ikke det fordi de har for mye angst. De nevner derfor at et mindre lokalt kontor ville vært bedre.

KONKLUSJONER OG TILRÅDNINGER

En dør inn eller et ansikt å forholde seg til?

En hovedtanke med oppbygging av NAV var en dør inn til velferd. Innenfor NAV skulle klienten bli ivaretatt på alle områder. Hva trenger de da? Det ROP brukere i stor grad selv kommuniserer er at de trenger et ansikt å forholde seg til, en person som kjenner deres historie og som forstår og er interessert i hva de har å formidle. Da de selv ikke har oversikt over egne rettigheter og ikke selv i tilstrekkelig grad kan benytte selvbetjeningsløsninger. De opplever at det er en utfordring og forholde seg kontinuerlig til NAV på NAV sine premisser, og de oppgir at de trenger et fast holdepunkt. Dette er nok grunnen til at forsøket med koordinerende tillitspersoner i kommunen har vært viktig for brukerne. Noen har kommet inn og vært interessert i helheten i deres situasjon. Teamets erfaringer og resultatene fra studien viser at dette trenger å vektlegges i mye sterkere grad enn før. Noen må ha oversikt over situasjonen og kontinuitet bør vektlegges. Oppsummert:

1. En trygg og tilpasset bolig, (Rom for alle, 2011).
2. En trygg kontakt som langsiktig jobber med klienten, helst utfra team, da erfaring viser at dette har mange fordeler (Lohne og Buseth, 2006).
3. En endring på systemnivå, der kravene til disse brukerne endres og tilpasses reelt kognitivt funksjonsnivå, se (Appendiks A).
4. Økt sammenheng i behandlingsløpet, noe som innebærer større samordning mellom alle instanser
5. Større lydhørhet for brukerperspektivet
6. Et økt fokus på stigmatiserende holdninger i samfunnet, og aktivt, målfokusert arbeid med å endre disse
7. Informasjonsformidling om hva det vil si å leve uten fast bolig, UFB, kan være nyttig, da mange ikke vet hva dette innebærer.
8. Forpliktende retningslinjer for helhetlig tilnærming og oppfølging av ROP brukere i alle landets kommuner. ROP høringsrapporten, (2011), er en begynnelse, men den har ennå ikke hatt praktisk effekt, og det er behov for endringer.

Metodiske fordeler og begrensinger

Jeg har intervjuet ni ROP brukere, som får oppfølging fra ATT, alle samtykket i å delta, og ingen har ønsket å trekke seg fra studien. Det er en styrke i denne studien at jeg som har jobbet i førstelinje i noen år, har fått mulighet til å intervju ROP brukere for å øke innsikten i hva de er mest opptatt av når de skal forholde seg til NAV. Det er også en styrke at jeg har kunnet benytte tre års teamobservasjoner som støtte til informasjon fra intervjuene. Det er en begrensning, men samtidig en styrke at jeg både har trukket utvalget selv og også gjennomført alle intervjuene. En annen begrensning kan muligens være at noen brukere ønsket å være samarbeidsvillige og har hatt en antagelse om hva jeg søker. For å motvirke dette har jeg i intervjusituasjon vektlagt både positive og negative erfaringer som brukerne har hatt med NAV.

Avsluttende kommentar

Dette er som jeg nevnte innledningsvis et komplisert og utfordrende fagområde og det fins ikke enkle svar. Det jeg har belyst via intervjuer med de ni informantene fra Bærum, er at de i noen situasjoner har følt seg maktesløse og ikke selv har vært i stand til å ordne opp i eget liv. De har i stor grad følt seg utstøtt fra det vanlige samfunnet. Observasjoner fra teamarbeidet og intervjuene har også vist at noen av disse brukerne faller helt ut av systemet dersom de ikke får tilpasset og oppsøkende hjelp. De har formidlet at deres trygghet og opplevelse av livskvalitet har økt når de har hatt oppsøkende, tett og langsiktig hjelp. De har beskrevet sin situasjon som vanskelig og utrygg. Deres posisjon er å være mindre verdt i egne og andres øyne. Opplevelsen av å være stigmatisert i samfunnet generelt og i møte med hjelpere i NAV. Funnene i denne studien tyder på at, med nåværende organisering av NAV, har noen brukere og særlig de med kognitiv svikt, behov for oppsøkende tjenester. Videre forskning bør gjøres på dette området, da det fins få studier som undersøker situasjonen til ROP brukere og deres subjektive beskrivelse. Det fins mange viktige forskningsspørsmål en videre kan belyse innenfor dette fagområdet.

REFERANSER

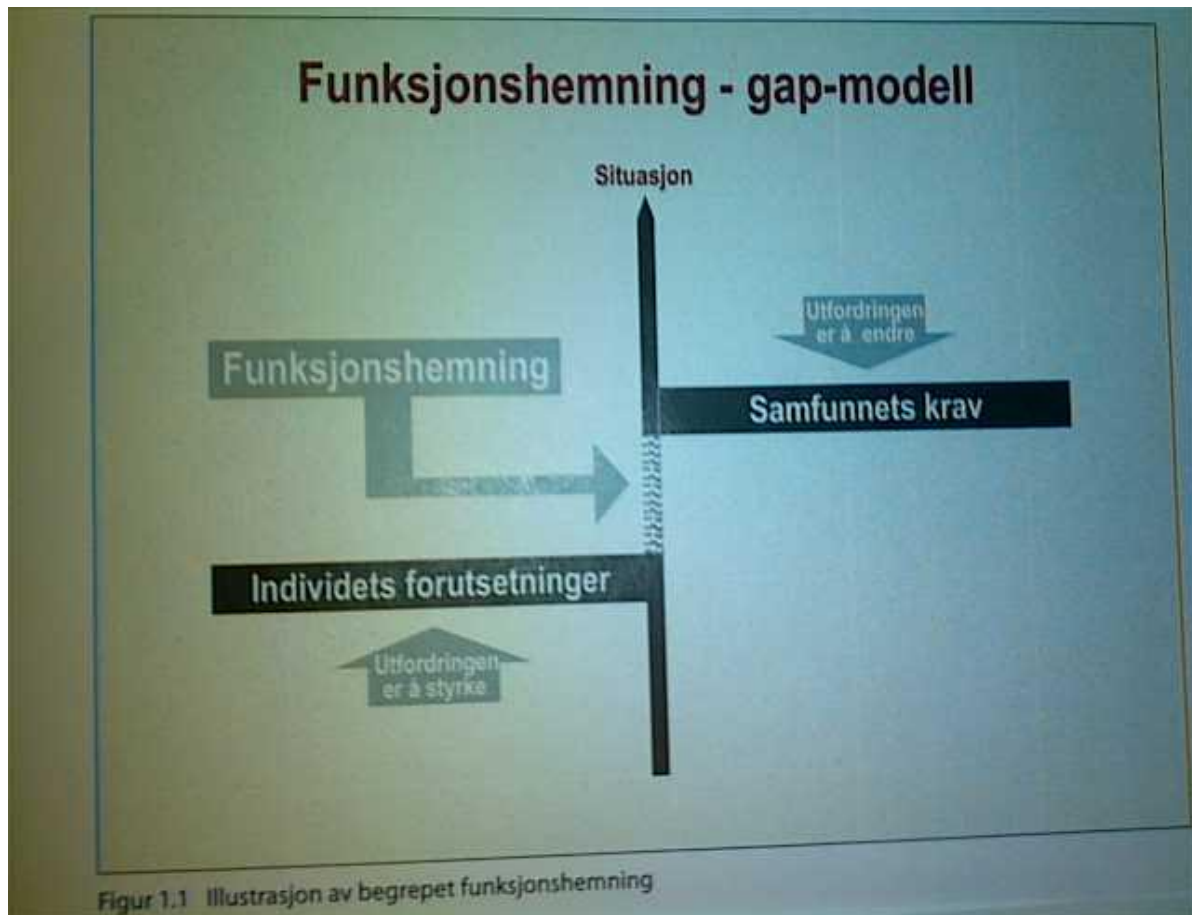
- Aakerholt A. (2010) 1. opplag. *ACT- håndbok* Korus Øst. Flisa: Kompetansesenteret rus - region øst.
- Antonovsky, A. (2000) 7. opplag. *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels forlag.
- Askheim, O. P. & Starrin, B. (2008). *Empowerment i teori og praksis*. Polen: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Asmussen F. V. & Dahl, H. V. (2011). *Kriminalitet og illegale rusmidler*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Axelsen Dalsgaard, E. (1997) *Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi*. Fagernes: Pax forlag.
- Barth, T. & Børtveit, T. (2001). 5. opplag. *Endringsfokusert Rådgivning*. Trondheim: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barth, T. & Näsholm, C. (2007). *Motiverende samtale – endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Berge, T. Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss vol. 2. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic books.
- Cassidy, J & Shaver P. R. (1999). *Handbook of attachment. theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Cullberg J. (2001). *Psykosier Et humanistisk og et biologisk perspektiv*. Danmark: Hans Reitzels forlag.
- De Jong, P. Berg, I. K. (2006). 2. opplag. *Løsningsskapende samtaler*. Polen: Gyldendal Norsk Forlag.
- Darke, S. & Ross, J. (1997). Polydrug dependence and psychiatric comorbidity among heroin injectors. *Drug and alcohol dependence*. Vol. 48, 135-141.
- Darke, S. Sims, J. Mc Donald, S & Wickes, W. (2000). Cognitive impairment among methadone maintenance patients. *Addiction*. 95(5), 687-695.
- Delrapport 1, (2010) NAVs organisasjon og virkemåte. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter_planer/rapporter/2010/NAVs-organisasjon-og-virkemate-Delrapport-1-.html?id=603494
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and the treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and psychopathology*. 2 (1990), 47-60.

- Egeland, R.T. (2010). *Mindfulness i hverdagen å leve livet nå*. Oslo: Pantagruel forlag AS.
- Engman, R (2008). ACT – team etablert i Mossregionen. Hentet fra www.moss.kommune.no
- Evjen, R. Boe Kielland, K. & Øiern, T. 2. opplag (2004). *Dobbelt opp om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Otta: Universitetsforlaget.
- Felde, A. B. Westermeyer, J & Thuras, P. (2006). Co-morbid traumatic brain injury and substance use disorder: Childhood predictors and adult correlates. *Brain injury*. 20(1): 41-49.
- Finstad, L. & Høigård, C. (1997). *Kriminologi*. Oslo: Pax forlag A/S.
- Flick, Ü. (2002). *An introduction to qualitative research*. London: Sage publications Ltd.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. United States of America: Jason Aronson.
- Goffman, E. (2009) 2. utg. *Stigma om afvigerens sociale identitet*. Gylling: Narayana Press.
- Gossop, M. (2006). *Drug addiction and its treatment*, National addiction centre institute of psychiatry, Maudsley hospital London: Oxford university press.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helsedirektoratet IS 1544, (2008). Gjør det så enkelt som mulig. Tipshefte om Individuell plan.
- Helsedirektoratet IS 1660, (2008). Opptappingsplanen for rusfeltet. Statusrapport 2008.
- Helsedirektoratet (2011). Opptappingsplanen for rusfeltet tillitspersonforsøket (2008-2011). Prosjektplan versjon 3. Oslo.
- Hjellum, K. Larsen, J. & Hagebø, M. (2005). ”Ut av kontoret” Evaluering av rusprosjektet Ytrebygdamodellen. Bergen: Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Hogg, M.A. & Vaughan, G. M. (2005). *Social psychology*. London: Ashford colour press.
- Holm Ivarsson, B. (2011). *MI motiverende intervju praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Sverige: Gothia forlag.
- Høring Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus - og psykisk lidelse – ROP- lidelser. (2011). Hentet fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00316/H_ringversjon_av_r_316179a.pdf.
- Høie, I & Sletnes T. (2006). På helsa løs når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet. Oslo: Den norske legeforening.

- Kavangah, D.J. & Mueser, K.T. (2007). Current evidence on integrated treatment for serious mental disorder and substance misuse. *Journal of the Norwegian psychological association*. Vol. 44, 618-673.
- Kvale, S. (1996). *An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage publications.
- Kåver, A. (2005). 1. opplag. *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Otta: Gyldendal Norsk Forlag.
- Landsverk, O, & Gåsvatn R. (2011). Ambulerende tverrfaglig team (ATT). Evalueringsrapport mai 2011, Bærum kommune.
- Lawrence-Jones, J. (2010). Dual diagnosis (drug/alcohol and mental health): service user experiences. *Social work in action*. Vol. 22, 115-131.
- Lilleeng, S. (2007). Sintef rapport nr. A 1159. Pasienter med ruslidelse/rusmiddelmisbruk og psykisk lidelse i psykisk helsevern for voksne. Trondheim: Sintef.
- Lislerud, K. (2010). *Navet som knakk*. Oslo: Pax forlag A/S.
- Lohne P. Buseeth, T. (2006). Alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet: Integrert behandling i oppsøkende poliklinisk team. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 43, 563-573.
- Lossius, K. (red.) (2011). *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Miller, W.R. & Brown, S.A. (1997) Why psychologists should treat alcohol and drug problems, *American psychologist*, 52, 1269-1279.
- Mohaupt H. & Duckert F. (2010). Barn av rusmisbrukere – drøfting av sentrale risikofaktorer. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 47, 408-414.
- Norges offentlige utredninger (2011:15). Rom for alle en sosial boligpolitikk for framtiden. Kommunal og regiondepartementet. Oslo: Departementets servicesenter Informasjonsforvaltning.
- Oppsummering av de regionale erfaringskonferansene om rusreformen, 04.06.2005. Hentet fra <http://bergenclinics.no/index.asp?strUrl=1000685i&topExpand=&subExpand=>
- Osborg, O. S. Jensberg, H. Kaspersen, S.L. Kalseth B & Lilleeng (2008). Kunnskapsstatus: Arbeid, psykisk helse og rus. Trondheim: Sintef helse.
- Pallesen, J. Løkke, K. Schriwer, T. & Merinder, L. (2009). Dobbeldiagnose – håp – afklaring – handling En antologi. Århus. Århus universitetshospital.
- Rambøll management, Delrapport I & II (2009/2010), Følgeevaluering av tillitspersonforsøket.

- Rao, H. et al (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 16, 279-284.
- Rosenberg, M. B. (2006). *Ikkevoldskommunikasjon 'Giraffspråk' – et språk for livet*. Litauen: Arneberg forlag.
- Statens helsetilsyn (2010-10). IK 2727 Personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk. Utredningsserie (2010-10). Oslo: Statens helsetilsyn.
- St. Meld. 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- St.meld. 40. (2002-2003). Nebygging av funksjonshemmende barrierer. Strategier, mål, tiltak i politikken for personer med nedsatt funksjonsevne. Oslo: Det kongelige departement.
- Stubberud, J. Åsland, R. Kristensen, Ø. (2007). Hvorfor mislykkes behandlingen? En undersøkelse av kognitiv funksjon og personlighet hos pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, vol. 44, (8), 1012-1018.
- Tillitspersonforsøket delvis i rute, hentet fra http://www.dobbeltdiagnose.no/index.php/nyheter/Etter_dato/Tillitspersonforsoeket_delvis_i_rute .
- Ueland, T. (2008). Kognitiv funksjon og rehabilitering ved schizofreni. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Volum 47, nr. 6, 2010, 497-504.
- Underlid, K. (2005). *Fattigdommens psykologi, oppleving av fattigdom i det moderne Norge*. Oslo: Det norske samlaget.
- Øverås, S. & Fyhn, A. B. (2006). Fafo rapport 521. Fra døråpner til alibi? Evaluering av et femårig klinisk behandlingstiltak for personer med alvorlige psykiske lidelse og rusmisbruk ved Tøyen DPS (ROP) Tøyen. Oslo: Allkopi AS.
- Ådnanes, M. Kaspersen, S.L. Hjort, H. & Osborg Ose, S. (2008). Lavterskel helsetiltak for rusmiddelavhengige – skadereduserende bindeledd mellom bruker og øvrig hjelpeapparat. Trondheim: Sintef.
- Figur side 16, organisering NAV. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/tema/velferdspolitik/NAV-reformen/Arbeids--og-velferdsforvaltningen.html?id=606669>

Appendiks A: Gap-modell NOU Fra bruker til borger



Appendiks B: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring ved forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt.

Studie: NAV sett fra brukerens ståsted

Bakgrunn og bruksområde

Dette er en forespørsel for deg til å delta i en forskningsstudie der ni personer vil bli intervjuet vedrørende egne opplevelser som klient i NAV. Masterstudent Evy Pilskog Stadsvik er ansvarlig for denne undersøkelsen.

Hvordan vil dette temaet bli undersøkt

Deltakerne vil bli intervjuet med bruk av et kvalitativt intervju, tid ca 40-60 minutter.

Potensiell fordeler og ulemper ved å delta

Du vil bli spurt om dine erfaringer. Fordel ved å delta er å kunne si noe om hva en synes om dette viktige temaet. Ikke særlige ulemper ved å delta, kan være at du synes at noen av spørsmålene ikke er så lette å svare på.

Hva vil skje med informasjonen?

Informasjonen som samles om dette temaet vil kun bli benyttet for å utføre denne studien. All data vil bli benyttet uten navn, det vil således ikke være mulig å identifisere deg når resultatene av studien samles i min masteroppgave.

Frivillig deltagelse

Deltagelse i denne studien er helt frivillig. Du kan når som helst trekke deg fra å delta i studien. Det å delta eller trekke seg påvirker ikke deg på noen måte. Dersom du ønsker å delta, signer erklæringen om at du samtykker i å delta. Dersom du senere har spørsmål kan du kontakte Evy Pilskog Stadsvik mob. 90479170

Samtykke for deltagelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien.

(Signert av informant, dato)

Appendiks C: Spørreskjema

Spørreskjema kryss av Studie: NAV sett fra brukerens ståsted

1.Hvor ofte har du behov for kontakt med NAV.

- ☐ Ukentlig
- ☐ To ganger i måneden
- ☐ En gang i måneden
- ☐ Sjeldnere

2.Har du møtt din saksbehandler i NAV systemet?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

/Hvis ja/

3.Hvor mange ganger i løpet av siste året?

- ☐ Flere enn fem ganger
- ☐ Hvert kvartal
- ☐ To ganger
- ☐ Ikke møtt denne personen siste år

4.Når du ringer NAV, får du snakke med din saksbehandler?

- ☐ ofte
- ☐ noen ganger
- ☐ sjelden
- ☐ aldri

5.Ringer denne personen deg tilbake ved behov?

- ☐ ofte
- ☐ noen ganger
- ☐ sjelden
- ☐ aldri

6. Er det nyttig at Progress ATT er behjelpelig med å låne bort telefon og eventuelt sende email til NAV for å få svar på spørsmål som du har?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

7. Er det noe du savner i tilbudet fra NAV?

8. Hva er det ATT, Progress gjør som du har mest nytte av?

Appendiks D: Intervjuguide

Prosjekt: NAV sett fra brukers ståsted

Hovedspørsmål som blir belyst i studien:

Hvordan opplever ROP brukere sin situasjon og posisjon i kommunikasjon med NAV?

Introduksjon: Takk for at du lar deg intervju.

Det fins få studier som belyser dette tema, sett fra brukers ståsted. Jeg har derfor valgt en eksplorerende stil. Der flere tema knyttet til hovedspørsmålet genereres underveis. Viktige spørsmål;

Hvordan opplever ROP brukere kommunikasjon med NAV?

Hvordan opplever brukeren sin posisjon og situasjon?

Hva er god hjelp sett fra brukers ståsted?

Hva er utslagsgivende for at bruker opplever relasjonen til hjelperen som god?

Denne studien tar sikte på å få frem din stemme og dine tanker om kommunikasjonen du har med Norges arbeid og velferdsordning, NAV. Jeg er opptatt av at også noe av din historie og bakgrunn kommer frem. Jeg har utarbeidet en liste over noen spørsmål som jeg vil stille deg og under hvert av disse, vil jeg også ha noen oppfølgingsspørsmål. Jeg starter med å spørre deg om din bakgrunn.

1. **Kan du fortelle litt om deg selv?** Ressurser, jobbet? (Soning?) behandling?
oppfølgingsspørsmål. Hva gjorde at du begynte å ruse deg? (dersom dette ikke naturlig kommer frem.)
2. **Hvordan er din situasjon i dag?**
3. **Hvordan er din kontakt med NAV pr. i dag?** beskriv
4. **I hvor stor grad opplever du at din NAV kontakt er tilgjengelig for deg?,** forklar
5. **I hvor stor grad føler du deg sett og anerkjent?** Forklar, gi eksempel.

- 6. I hvor stor grad opplever du at noe du syns er viktig å meddele blir tatt hensyn til? Hva er det som gjør at du har disse tankene om dette?**
- 7. Er det noe du syns er spesielt bra mht. din kontakt med NAV?**
- 8. Er det noe du syns er vanskelig i forhold til NAV?**
- 9. Hvilke tanker har du om hva som kunne vært bedre i NAV systemet? Hvilken type hjelp og støtte har du behov for? Er det noe du gjerne skulle ha endret på? Noen råd til de som jobber med i NAV?**
- 10. Har du noen erfaringer og opplevelser, historier du vil dele, som gir et eksempel?**
Er det noe jeg ikke har spurt om som du tenker er viktig å meddele?
- 11. Dersom opplevelsen var positiv, hva tror du var med på å gjøre den positiv?**
- 12. Dersom opplevelsen var negativ, hva tror du var utslagsgivende for at den ble oppfattet negativ?**

Takk for at du ville delta!